



ISSN 3057-1901 (Online)

วารสารวิชาการ

เพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

Academic Journal for Primary Care
and Public Health Development

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569

VOL.4 NO.1 January April 2026

AJPPD



กองบรรณาธิการ (EDITORIAL BOARD)

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569

Vol.4 No.1 January-April 2026

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

ผศ. บุญเรือง ขาวนวล มหาวิทยาลัยทักษิณ

กองบรรณาธิการ (Editorial Board Members)

ผศ. ดร. กิตติพงษ์ สอนล้อม	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. ธีรเดช วงศ์เจริญ	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร. พุทธิไกร ประมวล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร. อนุวัฒน์ เพ็งพุ่ม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น
ดร. ดุริยางค์ วาสนา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ดร. รัชชนก รัตนกรปรีดา	มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ดร. ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร. วิเชียร ไทยเจริญ	ข้าราชการบำนาญ
อาจารย์พิศิษฐ์ พวงนาค	ข้าราชการบำนาญ
ว่าที่ รอ. วีระศักดิ์ เดชอรัญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

ผู้ช่วยบรรณาธิการ (Assistant Editors)

นายจักรินทร์ ปริมาณนท์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดตรัง

เลขานุการกองบรรณาธิการ (Editorial Secretary)

นายกฤตเมธ อัทธภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ติดต่อ: Krittamath2013@gmail.com, โทรศัพท์: 0956647343

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) นำเสนอผลงานวิชาการที่สะท้อนบทบาทสำคัญของการวิจัยต่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและงานสาธารณสุขอย่างรอบด้าน ครอบคลุมมิติการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการพัฒนา รูปแบบและแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม

บทความในฉบับนี้มีความหลากหลายทั้งในด้านประเด็นศึกษา กลุ่มเป้าหมาย และระเบียบวิธีวิจัย โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญ อาทิ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา ความรอบรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพัฒนาโปรแกรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วย การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกำเริบของโรคเรื้อรัง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการป้องกันปัญหาสุขภาพในระดับโรงพยาบาลและชุมชน

สาระสำคัญที่ปรากฏชัดจากชุดบทความดังกล่าว คือการมุ่งใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อออกแบบระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ทั้งเด็กปฐมวัย ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บุคลากรสุขภาพ และประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะงานวิจัยที่เน้นการพัฒนาโปรแกรม แนวทาง หรือรูปแบบการดำเนินงาน ซึ่งสะท้อนทิศทางของงานวิชาการสาธารณสุขร่วมสมัยที่มุ่งสร้างแนวทางแก้ไขปัญหาและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่บริการได้จริง

กองบรรณาธิการเชื่อมั่นว่าบทความทุกเรื่องในฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ นักวิจัย และผู้บริหาร ในการนำองค์ความรู้ไปต่อยอดทั้งในระดับนโยบาย ปฏิบัติการ และวิชาการ อันจะนำไปสู่การพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ เข้าถึงได้ มีความเท่าเทียม และสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย

ท้ายที่สุดนี้ กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้เขียนบทความ ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ร่วมสนับสนุนการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นเวทีสำคัญในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และขับเคลื่อนการพัฒนางานสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุขของประเทศไทยให้ก้าวหน้าอย่างยั่งยืนสืบไป



(ดร. บุญเรือง ขาวนวล)

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในการใช้ TEDA4I ต่อพัฒนาการด้านภาษา ตำบลพานพร้าว อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย Development of Early Childhood Caregivers' Capacity in Using TEDA4I for Language Development at Phan Phrao Sub-district, Si Chiang Mai District, Nong Khai Province เนตรนภา แสงฟ้าม่วง	1-11
ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง Health Literacy and Health Behaviors of Patients with Hypertension in Ban Pho Subdistrict, Mueang Trang District, Trang Province กาญจนา สมะพงษ์	12-22
การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้การบริโภคอาหารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลสะสม ในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลทองแสนขัน Development of a Dietary Education Program for Behavior Modification Affecting Glycated Hemoglobin (HbA1c) Levels in Type 2 Diabetes Patients at Thong Saen Khan Hospital ธนกฤต เพชรวิรัตน์	23-35
ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล The Effects of a Program Applying Protection Motivation Theory on Caregiving Behaviors for Pediatric Asthma Patients among Caregivers ทิพรดา กาญจนรุจี	36-49
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลระนอง Factors Related to Acute Exacerbation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease of Ranong Hospital วิภาพร เพชรเจริญ	50-65
ผลการใช้แนวทางการจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพก ของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลระนอง Effects of Discharge Planning program in Patients with Hip Replacement at Ranong Hospital เกศิณี ส่ำลือวงศ์	66-80

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
ผลการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ หลายขนาน ของบุคลากรในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง	81-94
The effect of the implementation guidelines for prevention and control of the spread of multidrug-resistant bacteria by personal in the intensive care unit, at Ranong Hospital	
จุไรรัตน์ บุญจันทร์	
การพัฒนารูปแบบการป้องกันสิ่งคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัยของเกษตรกร ผู้ปลูกเห็ดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	95-106
Developing a Model for Preventing Threats to the Health and Safety of Mushroom Farmers through Community Participation	
สมศักดิ์ อินทมาต, ดาวประกาย หย้างาม, วริศรา รักษาภักดี, สุจิตรา พงศ์วงประเสริฐ	
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรสิสของประชาชน ตำบลแหลมสอม อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง	107-120
Factors Associated with Preventive Behaviors for Leptospirosis among People in Laem Som Subdistrict, Palian District, Trang Province	
กษมา เพ็ญนิ่ม	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตา จังหวัดตรัง	121-135
Factors Influencing Blood Pressure Control Among Hypertensive Patients in the Service Area of Nai Tao Subdistrict Health Promoting Hospital, Trang Province	
กิตติเมธ ใสแก้ว	
การพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง	136-150
Development of a Process for Driving the Improvement of Older Adults' Quality of Life in Yan Ta Khao District, Trang Province	
กรรณิกา รัตนกุล	
การพัฒนาระบบการส่งเวรทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้รูปแบบ SBAR ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์	151-162
Development of a Nursing Handover System Applying the SBAR Model in an Inpatient Ward, Samchai Hospital, Kalasin Province	
นิตยา ภูเลิศ	

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง

หน้า

ผลของการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของ
ผู้ป่วยซึมเศร้า อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

163-176

The Effects of Group Mental Strengthening on Self-Esteem to Reduce Depression in
Depressed Patients in Thong Saen Khan District,
Uttaradit Province

เฉลิมพล พงษ์พิชิต, สุจิตรา จอมดวง

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในการใช้ TEDA4I ต่อพัฒนาการด้านภาษา

ตำบลพานพร้าว อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

Development of Early Childhood Caregivers' Capacity in Using TEDA4I for Language

Development at Phan Phrao Sub-district, Si Chiang Mai District,

Nong Khai Province

เนตรนภา แสงฟ้าม่วง

Netnapha Saengfamuang

โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่

(Received: January 22, 2026; Accepted: January 26, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) และ 2) ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลที่มีต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษาและผู้ดูแลหลัก ในตำบลพานพร้าว อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย จำนวน 40 คู่ ที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการใช้ TEDA4I ซึ่งประกอบด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการ การฝึกทักษะ และการติดตามเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, Paired t-test, Wilcoxon signed-rank test และ McNemar test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 7.95 เป็น 10.58 คะแนน ($p<.001$) และคะแนนเฉลี่ยทักษะเพิ่มขึ้นจาก 23.27 เป็น 34.52 คะแนน ($p<.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้านภาษาตามเกณฑ์ TEDA4I ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ในทุกด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการแสดงออกทางภาษา และด้านการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสาร โดยค่ามัธยฐานของระดับพัฒนาการเพิ่มขึ้นจากระดับ 1 (ต้องช่วยเหลือทุกขั้นตอน) เป็นระดับ 3 (ทำได้ด้วยตนเอง) นอกจากนี้ ผลการติดตามความก้าวหน้าพบว่าค่าเฉลี่ยระดับพัฒนาการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 1.40 ในสัปดาห์แรก เป็น 2.64 ในสัปดาห์สุดท้าย และสัดส่วนเด็กที่ผ่านเกณฑ์การคัดกรอง DSPM เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 62.5 ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก (Mean=4.26) ข้อค้นพบยืนยันว่าการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้สามารถใช้ TEDA4I ในบริบทครอบครัว เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัยในชุมชน

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล, TEDA4I, พัฒนาการด้านภาษา, เด็กปฐมวัย, พัฒนาการสงสัยล่าช้า



Abstract

This quasi-experimental research utilizing a one-group pretest-posttest design aimed to: 1) develop the knowledge and skills of early childhood caregivers in using the Thai Early Developmental Assessment for Intervention (TEDA4I), and 2) examine the effectiveness of caregiver capacity building on the language development of early childhood children. The sample consisted of 40 dyads of children with suspected language delays and their primary caregivers in Phan Phrao Subdistrict, Si Chiang Mai District, Nong Khai Province, selected through purposive sampling. The intervention instrument was a capacity-building program on using TEDA4I, comprising workshops, skill practice sessions, and home visits over 12 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, Wilcoxon signed-rank test, and McNemar test.

The results revealed that: 1) After the intervention, caregivers showed a statistically significant increase in mean knowledge scores from 7.95 to 10.58 ($p < .001$) and mean skill scores from 23.27 to 34.52 ($p < .001$). 2) Children demonstrated statistically significant improvements in language development according to TEDA4I criteria across all aspects: receptive language, expressive language, and pragmatic language ($p < .001$). The median development level increased from Level 1 (needs full assistance) to Level 3 (independent). Furthermore, progress monitoring showed a continuous increase in the mean development level from 1.40 in the first week to 2.64 in the final week, and the proportion of children passing the DSPM screening criteria increased to 62.5%. Caregivers reported a high level of satisfaction with the program (Mean=4.26). These findings confirm that empowering caregivers to use TEDA4I in a family context is an effective strategy for promoting language development among early childhood children in the community.

Keywords: Caregiver Capacity Building, TEDA4I, Language Development, Early Childhood, Suspected Developmental Delay

บทนำ

ช่วงปฐมวัยเป็นช่วงสำคัญของการพัฒนามนุษย์ เนื่องจากเป็นระยะที่เด็กพัฒนาความสามารถพื้นฐานผ่านการรับรู้ การสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง อันเป็นฐานสำคัญต่อทักษะการเรียนรู้และการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ระบบการศึกษา (Office of the Education Council, 2020) ในบรรดาพัฒนาการหลายด้าน พัฒนาการด้านภาษาเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด การสื่อสาร และการเรียนรู้ของเด็ก อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในประเทศไทยยังรายงานว่าเด็กปฐมวัยมีภาวะเสี่ยงหรือสงสัยล่าช้าด้านภาษาในสัดส่วนที่ควรให้ความสำคัญ และมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว (Rithipukdee & Kusol, 2022; ฤติมน สกุลคุ, 2565)

เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่ ตำบลพานพร้าว อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย มีอัตราเด็กที่อยู่ในกลุ่มสงสัยล่าช้าจากการคัดกรองพัฒนาการ ปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 33.8 ซึ่งสูงที่สุดในระดับอำเภอ และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดหนองคาย (ร้อยละ 29.6) และระดับประเทศ (ร้อยละ 27.8) ทั้งนี้ เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ความล่าช้าด้านภาษาเป็นด้านที่พบมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 48.2 ของเด็กในกลุ่มสงสัยล่าช้าทั้งหมด (โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่, 2565; สสจ.หนองคาย, 2565)

การตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยบทบาทของผู้ดูแลเด็กในฐานะผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็ก และมีส่วนสำคัญต่อการสร้างสภาพแวดล้อมการสื่อสารและการกระตุ้นพัฒนาการในชีวิตประจำวัน ขณะเดียวกัน หน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะกรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาและเผยแพร่คู่มือ TEDA4I (Thai Early Developmental Assessment for Intervention) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือประเมินและ

กำหนดแนวทางช่วยเหลือเด็กรายบุคคลอย่างเป็นระบบ (กรมสุขภาพจิต, 2563; สถาบันราชานุกูล, 2563) อย่างไรก็ตาม ในบริบทการดำเนินงานระดับพื้นที่ยังพบข้อจำกัดว่า ผู้ดูแลเด็กบางส่วนยังมีช่องว่างด้านความรู้ความเข้าใจและทักษะในการใช้ TEDA4I โดยเฉพาะการแปลผลและการนำผลการประเมินไปออกแบบกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละราย

ด้วยเหตุนี้ การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในการใช้ TEDA4I เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการประเมิน แปลผล และนำผลไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาอย่างมีระบบ ซึ่งคาดว่าจะสนับสนุนการเฝ้าระวังและการช่วยเหลือเด็กที่มีความเสี่ยงด้านภาษาในพื้นที่ให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในการใช้เครื่องมือ TEDA4I ครอบคลุมด้านเกณฑ์พัฒนาการ ทักษะการประเมิน การบันทึกผล และการแปลผลเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กที่มีต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย ทั้งในด้านการเข้าใจภาษา (Receptive language) และการใช้ภาษา (Expressive language)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (one-group pretest-posttest design) เพื่อประเมินผล

โปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการใช้ TEDA4I ต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ คู่ผู้ดูแลและเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษาในพื้นที่ตำบลพานพร้าว

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 40 คู่ ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เด็กปฐมวัยอายุ 18–60 เดือน ที่มีผลการคัดกรองพัฒนาการด้านภาษา "ไม่ผ่าน" (สงสัยล่าช้า) ตามคู่มือ DSPM อย่างน้อย 1 ข้อ 2) ผู้ดูแลหลักอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ดูแลเด็กอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 เดือน และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตลอดโครงการ

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการวิจัยแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($Z_{\alpha/2} = 1.96$) และอำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 80 ($Z_\beta = 0.84$) โดยอ้างอิงค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างคะแนน ($S.D.\Delta = 3.05$) จากการศึกษาของจิระวรรณ ศรีจันทร์ไชย และคณะ (2566) ที่ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในบริบทที่ใกล้เคียงกัน และกำหนดความแตกต่างของคะแนนที่ต้องการตรวจสอบ (d) เท่ากับ 1.5 คะแนน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 33 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อชดเชยการสูญหายของข้อมูล (Drop out) ร้อยละ 20 จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างสุทธิทั้งสิ้น 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการใช้ TEDA4I พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย (1) การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้

ความรู้และฝึกทักษะการใช้เครื่องมือ TEDA4I (2) การสาธิตและฝึกปฏิบัติจริงกับเด็ก และ (3) การติดตามและสนับสนุน (Coaching & Mentoring) ผ่านการเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ และการติดตามทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ รวมระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (General Information Questionnaire) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 2 ส่วน รวม 14 ข้อ ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลเด็กปฐมวัย (7 ข้อ) ประกอบด้วย เพศ อายุ ลำดับการเกิด น้ำหนักแรกเกิด อายุครรภ์เมื่อคลอด ประวัติการเจ็บป่วย และประวัติพัฒนาการ ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ดูแล (7 ข้อ) ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และจำนวนชั่วโมงการดูแลเด็กต่อวัน

2.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา (Knowledge Test) เป็นแบบทดสอบปรนัยชนิดถูก-ผิด (True-False) จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาพัฒนาการภาษาตามวัยและหลักการกระตุ้นพัฒนาการ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน (คะแนนเต็ม 15 คะแนน) การแปลผลคะแนนอ้างอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับดีมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป), ดี (ร้อยละ 70–79), พอใช้ (ร้อยละ 60–69) และต้องปรับปรุง (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ($KR-20 > .70$)

2.3 แบบประเมินทักษะการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแล (Skill Assessment Scale) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามความถี่ของการปฏิบัติ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (3

คะแนน), ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2 คะแนน), ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (0 คะแนน) คะแนนรวมสูงสุด 45 คะแนน แปลผลโดยอ้างอิงเกณฑ์ของ Best & Kahn (2006) เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ดีมาก (34-45 คะแนน), ดี (23-33 คะแนน), พอใช้ (12-22 คะแนน) และต้องปรับปรุง (0-11 คะแนน) (Cronbach's alpha > .70)

2.4 แบบประเมินพัฒนาการด้านภาษาเด็กปฐมวัย (Language Development Assessment) ประกอบด้วยเครื่องมือมาตรฐาน 2 ชุด ได้แก่

2.4.1 แบบประเมินและคัดกรองพัฒนาการ (DSPM): ใช้ประเมินพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (Receptive language) และการใช้ภาษา (Expressive language) ตามช่วงอายุ (18-60 เดือน) โดยมีเกณฑ์การประเมินแบบ "ผ่าน" และ "ไม่ผ่าน"

2.4.2 แบบบันทึกความก้าวหน้าตามโปรแกรม TEDA4I: ใช้สำหรับติดตามผลการฝึกทักษะทุก 2 สัปดาห์ ใน 3 ด้าน คือ การเข้าใจภาษา การแสดงออกทางภาษา และการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสาร โดยมีเกณฑ์การประเมินความสามารถ 3 ระดับ คือ ระดับ 1 (ต้องช่วยเหลือทุกขั้นตอน), ระดับ 2 (ต้องช่วยเหลือบางส่วน) และ ระดับ 3 (ทำได้ด้วยตนเอง)

2.6 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล (Satisfaction Questionnaire) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านกิจกรรม ด้านการติดตาม และด้านประโยชน์ที่ได้รับ แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุดถึงมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Quality Verification) เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)

ระหว่าง 0.67-1.00 และผ่านการนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบทดสอบความรู้มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) สูงกว่า 0.70 และแบบประเมินทักษะมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สูงกว่า 0.70 ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมในการนำไปใช้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน ถึงธันวาคม 2568 โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดวงจรคุณภาพ (Plan-Act-Observe-Reflect) ในการขับเคลื่อนกิจกรรม แบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการและประเมินก่อนการทดลอง (Planning & Pre-test)

1. ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2. ขี้แจงรายละเอียดโครงการ ขอความยินยอมจากผู้ดูแล และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ประเมินความรู้และทักษะพื้นฐานของผู้ดูแล และประเมินพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย (Baseline data) ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง (Action & Observation) ดำเนินการใช้ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการใช้ TEDA4I เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญดังนี้

1. การอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop): จัดอบรมระยะเวลา 2 วัน เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการภาษา การใช้คู่มือ TEDA4I การสาธิตวิธีการประเมิน

และการฝึกปฏิบัติทักษะการกระตุ้นพัฒนาการ พร้อมมอบชุดอุปกรณ์และคู่มือสำหรับนำไปใช้ที่บ้าน

2. การนำไปปฏิบัติ และติดตามผล (Implementation & Monitoring): ผู้ดูแลนำความรู้ และทักษะไปปฏิบัติจริงกับเด็กที่บ้าน โดยผู้วิจัยและทีมงานดำเนินการติดตามสนับสนุน ดังนี้

3. การเยี่ยมบ้าน (Home Visit): ดำเนินการทุก 2 สัปดาห์ เพื่อสังเกตพฤติกรรมการกระตุ้นพัฒนาการ ให้คำแนะนำ (Coaching) และแก้ไขปัญหาหน้างาน

3. การติดตามทางโทรศัพท์ (Telephone Follow-up): ดำเนินการทุกสัปดาห์ เพื่อกระตุ้นความต่อเนื่องและให้คำปรึกษา

4. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้: จัดเวทีสะท้อนผลการปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อปรับปรุงกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบท

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลหลังการทดลอง (Reflection & Post-test) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ด้วยเครื่องมือชุดเดิม เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของความรู้ ทักษะของผู้ดูแล และพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลที่มีต่อโปรแกรม และนำผลการศึกษา มาสรุปบทเรียนร่วมกับภาคีเครือข่าย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากโครงการได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมการและพิทักษ์สิทธิ: ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อชี้แจง

วัตถุประสงค์และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นดำเนินการชี้แจงรายละเอียดโครงการแก่ผู้ดูแลและขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent) เป็นลายลักษณ์อักษร

2. ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test): ดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐานและประเมินศักยภาพเริ่มต้น โดยให้ผู้ดูแลทำแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะ และทำการประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM และ TEDA4I เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)

3. ระยะดำเนินการทดลองและติดตามผล: ระหว่างการดำเนินโปรแกรม 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยและทีมงานลงพื้นที่เยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ เพื่อติดตามความก้าวหน้าและบันทึกข้อมูลพัฒนาการเด็กลงในแบบบันทึกความก้าวหน้าตามแนวทาง TEDA4I ควบคู่ไปกับการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ

4. ระยะหลังการทดลอง (Post-test): เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลซ้ำด้วยเครื่องมือชุดเดิมกับระยะก่อนการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลประเมินความพึงพอใจที่มีต่อโปรแกรม

5. การควบคุมคุณภาพข้อมูล เพื่อความถูกต้องและแม่นยำ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบบันทึกข้อมูลทันทีหลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง และใช้วิธีการบันทึกข้อมูลแบบคู่ขนาน (Double Data Entry) เพื่อลดความผิดพลาด พร้อมทั้งกำหนดรหัสประจำตัว (ID Coding) เพื่อรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง: วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรและสังคมของเด็กปฐมวัยและผู้ดูแล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง: คะแนนความรู้และทักษะรวมของผู้ดูแล (ข้อมูลเชิงปริมาณ): เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

3. ระดับพัฒนาการด้านภาษาตามเกณฑ์ TEDA4I (ข้อมูลเชิงอันดับ): เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความสามารถ (ระดับ 1-3) ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test

4. สัดส่วนการผ่านเกณฑ์คัดกรอง DSPM และความรู้รายข้อ (ข้อมูลเชิงกลุ่ม/ทวิภาค): เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนการ "ผ่าน/ไม่ผ่าน" หรือ "ถูก/ผิด" ระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ McNemar test

5. ทักษะรายข้อของผู้ดูแล (ข้อมูลเชิงอันดับ): เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการปฏิบัติก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 23/2568 ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเด็กปฐมวัยและผู้ดูแลหลัก จำนวน 40 คู่ เด็กปฐมวัยมีอายุเฉลี่ย 35.83 เดือน (S.D. = 12.74) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.0) สำหรับผู้ดูแลหลักมีอายุเฉลี่ย 36.1 ปี (S.D. = 8.8) ส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 87.5) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 52.5) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 35.0) และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 32.5)

2. ผลการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลมีศักยภาพในการใช้เครื่องมือ TEDA4I เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในด้านความรู้และทักษะ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 7.95 เป็น 10.58 คะแนน ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยทักษะเพิ่มขึ้นจาก 23.27 เป็น 34.52 คะแนน ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	ก่อนการทดลอง (Mean±SD)	หลังการทดลอง (Mean±SD)	ผลต่างเฉลี่ย (95% CI)	t	p-value
ความรู้ (Knowledge)	15	7.95±1.68	10.58±2.27	2.63(2.12,3.13)	10.51	<.001*
ทักษะ (Skills)	45	23.27±6.10	34.52±5.34	11.25(9.81,12.69)	15.81	<.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ทดสอบด้วย Paired t-test)

3. ผลการพัฒนากการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย

ผลการประเมินด้วยเครื่องมือ TEDA4I พบว่า ภายหลังการทดลอง เด็กปฐมวัยมีระดับพัฒนาการด้านภาษาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในทุก

ด้าน ได้แก่ การเข้าใจภาษา การแสดงออกทางภาษา และการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสาร โดยค่ามัธยฐานของระดับพัฒนาการเพิ่มขึ้นจากระดับ 1 (ต้องช่วยเหลือทุกขั้นตอน) เป็นระดับ 3 (ทำได้ด้วยตนเอง) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับพัฒนาการด้านภาษาตามเกณฑ์ TEDA4I ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

ด้านพัฒนาการ (TEDA4I)	ก่อนการทดลอง Median (IQR)	หลังการทดลอง Median (IQR)	Z	p-value
1. การเข้าใจภาษา (Receptive)	1.00 (1.00–2.00)	3.00 (2.75–3.00)	-5.58*	<.001
2. การแสดงออกทางภาษา (Expressive)	1.00 (1.00–2.00)	3.00 (2.75–3.00)	-5.64*	<.001
3. การใช้ภาษาเพื่อการสื่อสาร (Pragmatic)	1.00 (1.00–2.00)	3.00 (2.00–3.00)	-5.52*	<.001
ภาพรวม (Overall Level)	1.33 (1.33–1.67)	2.67 (2.33–3.00)	-5.51*	<.001

* ทดสอบด้วย Wilcoxon signed-rank test (คำนวณจาก Z statistic ที่สัมพันธ์กับ p-value)

นอกจากนี้ ผลการติดตามความก้าวหน้ารายสัปดาห์พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับพัฒนาการของเด็กเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 1.40 ในสัปดาห์แรก เป็น 2.64 ในสัปดาห์สุดท้าย และเมื่อประเมินผลลัพธ์ปลายทางด้วยการคัดกรองตามคู่มือ DSPM พบสัดส่วนเด็กที่ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเด็กที่ผ่านเกณฑ์ด้านการเข้าใจภาษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57.5 และด้านการใช้ภาษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60.0 ($p < .01$)

4. ความพึงพอใจของผู้ดูแล

ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.26, S.D. = 0.36) โดยพึงพอใจสูงสุดในด้านประโยชน์ที่ได้รับ (Mean = 4.31) และความถี่ในการเยี่ยมบ้าน (Mean = 4.40) ซึ่งสะท้อนถึงการยอมรับในกระบวนการติดตามและสนับสนุนอย่างใกล้ชิด

อภิปรายผล

1. ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการใช้ TEDA4I เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Knowles et al. (2015) ที่เน้นการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในบริบทจริง ความสำเร็จนี้เกิดจากการออกแบบกิจกรรมที่เน้นการปฏิบัติ (Learning by Doing) ผ่านการสาธิตและการให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งสอดคล้องกับโมเดล "สอน-สาธิต-ปฏิบัติ-ทบทวน" ของ Quinn et al. (2021) ที่ช่วยเพิ่มความถูกต้องของการนำไปปฏิบัติ (Fidelity) นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วนิตา ชะเอม (2567) และ จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย และคณะ (2566)

ที่ยืนยันว่าการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลร่วมกับการติดตามผล ช่วยยกระดับทักษะผู้ปกครองและทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่าน (Mediator) สำคัญที่ส่งผลต่อพัฒนาการทางภาษาของเด็ก นอกจากนี้ การติดตามเยี่ยมบ้านและการชี้แนะ (Coaching) อย่างต่อเนื่อง นับเป็นปัจจัยเสริมที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถนำองค์ความรู้ไปปรับใช้ในการดูแลเด็กที่บ้านได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษมศักดิ์ วงศ์สีดา และคณะ (2569) ที่ระบุว่า การบูรณาการเครื่องมือ TEDA4I ร่วมกับระบบสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดทักษะที่จำเป็นในการกระตุ้นพัฒนาการ และสามารถดูแลเด็กต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พัฒนาการด้านภาษากับคุณภาพของปฏิสัมพันธ์

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้านภาษาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language) และการใช้ภาษา (Expressive Language) โดยความสามารถตามเกณฑ์ TEDA4I พัฒนาจากระดับที่ต้องอาศัยความช่วยเหลือสู่ระดับที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ปรากฏการณ์นี้สามารถอธิบายได้ด้วย "แนวคิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม" (Social-Interactionist Perspective) ของ Vygotsky ที่อธิบายว่า ภาษาพัฒนาผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ที่มีความสามารถสูงกว่า (More Knowledgeable Other) ภายในพื้นที่รอยต่อของพัฒนาการ (Zone of Proximal Development: ZPD)

ในบริบทนี้ เครื่องมือ TEDA4I ทำหน้าที่เสมือน "ฐานการช่วยเหลือ" (Scaffolding) ที่ช่วยให้ผู้ดูแลประเมินระดับความสามารถปัจจุบันของเด็ก และคัดสรรกิจกรรมที่ท้าทายได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ดูแลมีความไวในการตอบสนอง (Responsiveness) และมีการ

สื่อสารโต้ตอบที่มีคุณภาพ อาทิ การอ่านหนังสือร่วมกัน (Dialogic Reading) หรือการสนทนาในชีวิตประจำวัน จึงเป็นการกระตุ้นกระบวนการเรียนรู้ภาษาของเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ทอริมาน (Meta-analysis) ของ Suttora et al. (2021) ที่ยืนยันประสิทธิผลของการแทรกแซงทางภาษาโดยผู้ปกครอง (Parent-implemented language intervention) ในกลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า และสอดคล้องกับ Pillinger & Vardy (2022) ที่พบว่า การอ่านเชิงปฏิสัมพันธ์ช่วยขยายคลังคำศัพท์และทักษะการสื่อสารของเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญ

3. ความสำคัญของการคัดกรองและการช่วยเหลือระยะเริ่มแรก

การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนเด็กที่ผ่านเกณฑ์การคัดกรอง DSPM เป็นร้อยละ 62.5 บ่งชี้ถึงความสำคัญของระบบการค้นหาและช่วยเหลือระยะเริ่มแรก (Early Intervention) ข้อมูลนี้สนับสนุนแนวคิดของ Park (2025) และ Rupert (2023) ที่กล่าวว่า ช่วงปฐมวัยคือ "โอกาสทองแห่งการเรียนรู้" (Window of Opportunity) ซึ่งสมองมีความยืดหยุ่นสูง (Brain Plasticity) หากได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสมและทันท่วงที จะช่วยฟื้นฟูพัฒนาการให้กลับสู่ภาวะปกติได้รวดเร็ว ดังนั้น การผนวกเครื่องมือ TEDA4I เข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จึงถือเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการลดช่องว่างของปัญหาพัฒนาการล่าช้าในระดับพื้นที่ (Rithipukdee & Kusol, 2022)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การบูรณาการสู่ระบบบริการสุขภาพชุมชน หน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรพิจารณาผนวกโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I เข้าสู่แผนปฏิบัติการประจำปี (Routine Service Plan) สำหรับคลินิกสุขภาพเด็กดี (Well Child Clinic) เพื่อสร้างระบบการดูแลต่อเนื่องที่ยั่งยืน แผนการจัดกิจกรรมเป็นรายครั้ง

1.2 การปรับบทบาทบุคลากรสู่การเป็นผู้ชี้แนะ (Coaching Role): จากผลการวิจัยที่พบว่าการติดตามเยี่ยมบ้านและการชี้แนะมีความสำคัญ บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ควรได้รับการฝึกทักษะให้เปลี่ยนบทบาทจาก "ผู้สอน" (Teacher) มาเป็น "ผู้ชี้แนะ" (Coach) ที่เน้นการเสริมพลัง (Empowerment) และให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก เพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้จริงในบริบทของตนเอง

1.3 การเน้นคุณภาพของปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้เรื่อง "ความไวในการตอบสนอง" (Responsiveness) และเทคนิคการสร้างปฏิสัมพันธ์ผ่านกิจวัตรประจำวัน (Quality of Interaction) ควบคู่ไปกับเทคนิคการฝึกทักษะเฉพาะด้าน เนื่องจากเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยส่งเสริม

พัฒนาการด้านภาษาและสังคมของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ด้านพัฒนาการของเด็กและพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองในระยะยาว (เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี หลังสิ้นสุดโปรแกรม) เพื่อประเมินความยั่งยืนของทักษะ (Sustainability of Skills) และผลกระทบต่อความพร้อมในการเข้าเรียน (School Readiness) ของเด็ก

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลนี้ในกลุ่มประชากรที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมแตกต่างกัน เช่น ครอบครัวข้ามรุ่น (ปู่ย่าตายายเลี้ยงหลาน) หรือครอบครัวในเขตเมืองที่มีข้อจำกัดด้านเวลา เพื่อปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมให้มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายยิ่งขึ้น

2.3 ควรเพิ่มเติมการวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้เครื่องมือ TEDA4I โดยผู้ดูแล เปรียบเทียบกับการส่งต่อเด็กไปรับการบำบัดในโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการผลักดันเชิงนโยบายระดับประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I)* (พิมพ์ครั้งที่ 6). <https://dmh-elibrary.org/items/show/262>
- จิระวรรณ ศรีจันทร์ไชย, กานต์วี โบราณมูล, สิทธิพงศ์ ปาปะกัง, และเกศนีย์ เรียนพิศ. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 20(3), 207–219.
- โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่. (2565). *รายงานการคัดกรองและติดตามพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565*. โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่.

4. ฤดีมน สกุลคุ. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการด้านภาษาไม่สมวัยในเด็กอายุ 2–5 ปี อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(5), 788–796.
5. วณิดา ชะเอม. (2567). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการใช้โปรแกรม TEDA4I ในเด็กอายุ 18–60 เดือน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าทางภาษา ตำบลพรรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(4), 52–60.
6. สถาบันราชานุกูล, กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I): เกี่ยวกับคู่มือ TEDA4I*. <https://teda4i.rajanakul.go.th/about>
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. (2565). *รายงานการคัดกรองและติดตามพัฒนาการเด็กปฐมวัย*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย.
8. Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education* (10th ed.). Pearson Education.
Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
9. Knowles, M. S., Holton III, E. F., & Swanson, R. A. (2015). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (8th ed.). Routledge.
10. Park, J. H. (2025). When to screen for developmental language disorder. *Frontiers in Pediatrics*. <https://doi.org/10.3389/fped.2025.1646686>
11. Pillinger, C., & Vardy, E. J. (2022). The story so far: A systematic review of the dialogic reading literature. *Journal of Research in Reading*, 45(4), 533–548. <https://doi.org/10.1111/1467-9817.12407>
12. Quinn, E. D., Kaiser, A. P., & Ledford, J. (2021). Hybrid telepractice delivery of enhanced milieu teaching: Effects on caregiver implementation and child communication. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 64(8), 3074–3099. https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-20-00430
13. Rithipukdee, N., & Kusol, K. (2022). Factors associated with the suspected delay in the language development of early childhood in Southern Thailand. *Children*, 9(5), 662. <https://doi.org/10.3390/children9050662>
14. Rupert, J. (2023). Speech and language delay in children. *American Family Physician*. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2023/0800/speech-language-delay-children.html>
15. Suttora, C., et al. (2021). The effects of a parent-implemented language intervention on late-talkers' expressive skills: The mediational role of parental speech contingency and dialogic reading abilities. *Frontiers in Psychology*, 12, 723366. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.723366>

ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง

Health Literacy and Health Behaviors of Patients with Hypertension
in Ban Pho Subdistrict, Mueang Trang District, Trang Province

กาญจนา สมะพงษ์

Kanchana Samaphong

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง

(Received: January 20, 2026; Accepted: January 29, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง โดยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาในพื้นที่ตำบลบ้านโพธิ์ จำนวน 263 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่พฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ปัจจัยส่วนบุคคลที่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ เพศ โดยเพศหญิงมีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าเพศชาย นอกจากนี้ อายุ ($r = 0.21$) ระยะเวลาการเจ็บป่วย ($r = 0.20$) และความรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.24$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สรุปได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม รวมถึงการใช้สื่อออนไลน์อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This research aimed to examine 1) the levels of health literacy and health behaviors, and 2) the factors associated with health behaviors among patients with hypertension in Ban Pho Subdistrict, Mueang Trang District, Trang Province. This cross-sectional survey research involved 263 registered hypertensive patients in Ban Pho Subdistrict, selected via stratified random sampling. Data were collected using a structured interview questionnaire. Statistical analysis included descriptive statistics, the Chi-square test, and Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that participants' overall health literacy was moderate, whereas their overall health behaviors were good. Gender was significantly associated with health behaviors ($p < 0.05$). Furthermore, age ($r = 0.21$), duration of illness ($r = 0.20$), and health literacy ($r = 0.24$) showed low positive correlations with health behaviors at a statistically significant level ($p < 0.05$). In conclusion, health literacy is positively correlated with health behaviors. Relevant health agencies should promote health literacy interventions through continuous individual and group activities, as well as effective online communication channels, to enhance patients' self-care behaviors.

Keywords: Health Literacy, Health Behaviors, Patients with Hypertensio

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับโลกและเป็นภัยคุกคามที่รุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับสมญานามว่า "ฆาตกรเงียบ" (Silent Killer) เนื่องจากในระยะเริ่มแรกมักไม่ปรากฏอาการเตือน แต่หากไม่ได้รับการควบคุมอย่างเหมาะสม จะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (กรมควบคุมโรค, 2567) ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ 50 ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างในการเข้าถึงบริการและการจัดการดูแลตนเองที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุข

สถานการณ์ในระดับพื้นที่จากการวิเคราะห์ข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบแนวโน้มที่น่ากังวล โดยอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 15.14 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 16.39 ในปี 2567 สอดคล้องกับสถานการณ์ในอำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ที่อัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.09 เป็น 15.62 ในช่วงเวลาเดียวกัน (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ พบว่าในปี 2567 มีอัตราป่วยสูงถึงร้อยละ 15.87 และมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ว่ามาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่มีอยู่อาจยังไม่เพียงพอ และจำเป็นต้องมีการค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างเร่งด่วน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลกและกำหนดให้เป็นประเด็นยุทธศาสตร์ชาติในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (World Health Organization [WHO], 2015) โดย Nutbeam (2008) ได้นิยามว่าเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการควบคุมระดับความดันโลหิต (กรรณิการ์ การิสรพร และคณะ, 2562) อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับประเทศ แต่ยังคงขาดข้อมูลเชิงลึกในบริบทของตำบลบ้านโพธิ์ ซึ่งมีลักษณะทางสังคมและบริบทเฉพาะตัว (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2567)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ อันจะนำไปสู่การควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใน
ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบ
ภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research)
โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม
ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา
และอาศัยอยู่ในตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองตรัง จังหวัด
ตรัง จำนวนทั้งสิ้น 830 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความ
ดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลบ้านโพธิ์ โดยผู้วิจัยคำนวณ
ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan
(1970) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้จำนวนกลุ่ม
ตัวอย่างขั้นต่ำ 263 คน โดยดำเนินการคัดเลือกกลุ่ม
ตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random
Sampling) ตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยในแต่ละ
หมู่บ้าน (Probability Proportional to Size)
ครอบคลุมพื้นที่ทั้ง 10 หมู่บ้าน และทำการสุ่มเลือก
ตัวอย่างบุคคลในแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย
(Simple Random Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก (Eligibility Criteria)

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็น
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาและอาศัย
อยู่ในตำบลบ้านโพธิ์ สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียน
ภาษาไทยได้ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria):
ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรค
ต่อการให้ข้อมูล เช่น โรคทางจิตเวชระยะควบคุมอาการ
ไม่ได้ ภาวะหลงลืม หรือผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมให้ข้อมูล
ได้ในวันเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น
แบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น แบ่ง
ออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีลักษณะเป็นแบบ
ตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำในช่องว่าง
จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา
อาชีพ และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยยึดแนวทางของกรมสนับสนุนบริการ
สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2565) ประกอบด้วย 4
องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและ
บริการสุขภาพ 2) ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) การ
ประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ และ 4) การ
ประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็น
แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรม การดูแล
ตนเอง ดัดแปลงจากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตาม
หลัก 3อ. 2ส. ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ
สุขภาพ (2561) จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรม
การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์
การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การ
แปลผลคะแนนเฉลี่ยสำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพ โดยอ้างอิงเกณฑ์ของ Best (1977)
แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง อยู่ใน
ระดับดี/มาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง อยู่ใน
ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง อยู่ใน
ระดับต่ำ/น้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยนำ
แบบสอบถามเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อ
ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา
(Content Validity) พบว่าข้อคำถามมีค่าดัชนีความ
สอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.50 – 1.00 ซึ่งถือว่าผ่าน
เกณฑ์ยอมรับได้

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำ
แบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่
มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน
และนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอ
นบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความ
เชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับ
การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการ
สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา และได้รับการอนุมัติ
เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2568 (รหัสโครงการ: SCPHYLIRB-
2568/696)

2. ผู้วิจัยประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ และอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าถึง
พื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย จากนั้นดำเนินการอบรมชี้แจง

ผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 20 คน เกี่ยวกับวัตถุประสงค์
ขั้นตอนการวิจัย และเทคนิคการสัมภาษณ์ เพื่อให้เข้าใจ
ตรงกันและลดความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยลงพื้นที่เก็บ
รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม
2568 โดยเริ่มจากการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์
และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง
การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคลตาม
แบบสอบถามที่กำหนด ใช้เวลาประมาณ 20 นาทีต่อราย
หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องและ
ครบถ้วนของข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ทุกฉบับก่อนนำไป
วิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม
สำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่
0.05 และเลือกใช้สถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics):
ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลระดับความรู้
ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำเสนอใน
รูปแบบความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percentage),
ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
(Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics):
ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยเลือกใช้
สถิติดังนี้

2.1 การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square
Test) หรือสถิติ Fisher's Exact Test (ในกรณีที่ข้อมูลมี
ความถี่คาดหวังน้อยกว่า 5) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์
ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (ที่เป็นตัวแปรกลุ่ม เช่น เพศ
อาชีพ ระดับการศึกษา) กับพฤติกรรมสุขภาพ
ตนเอง

2.2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient): เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบช่วงหรืออัตราส่วน (เช่น อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ) กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 263 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.98 มีอายุเฉลี่ย 63.95 ปี ด้านการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.90 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.29 สำหรับข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 61.98) โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 6.06 ปี

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือด้านการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ

สำหรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง พบว่าโดยภาพรวมอยู่ใน ระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการดื่มสุรา (การงดเว้น) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านการรักษาและการรับประทานยา ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการจัดการความเครียด และด้านการบริโภคอาหาร ตามลำดับ ส่วน

ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดและอยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านการออกกำลังกาย

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง พบผลดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล: ผลการทดสอบไคสแควร์พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่ยกระดับการศึกษาและอาชีพไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ (ตารางที่ 1) นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พบว่า อายุ และ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.21$ และ $r=0.20$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.24$, $p < 0.05$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r=0.36$) ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลฯ และด้านความเข้าใจข้อมูลฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r=0.27$ และ $r=0.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ด้านการประเมินข้อมูลฯ ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา) กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (n=263)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมระดับปานกลาง n (%)	พฤติกรรมระดับดี n (%)	χ^2	p-value
เพศ			10.83	0.001*
ชาย	31 (31.0)	69 (69.0)		
หญิง	23 (14.1)	140 (85.9)		
ระดับการศึกษา			5.45	0.065
ประถมศึกษา	34 (17.3)	163 (82.7)		
มัธยมศึกษา	16 (29.1)	39 (70.9)		
อนุปริญญาขึ้นไป	4 (36.4)	7 (63.6)		
อาชีพ			6.44	0.092
เกษตรกร	23 (18.1)	104 (81.9)		
รับจ้าง	13 (36.1)	23 (63.9)		
ค้าขาย	2 (13.3)	13 (86.7)		
ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน	16 (18.8)	69 (81.2)		

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาเจ็บป่วย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (n=263)

ตัวแปร	r (Correlation)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยส่วนบุคคล			
อายุ	0.21	< 0.001*	ต่ำ
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย	0.20	0.001*	ต่ำ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.27	< 0.001*	ต่ำ
2. ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	0.18	0.003*	ต่ำ
3. การประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.06	0.318	ไม่มีนัยสำคัญ
4. การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.36	< 0.001*	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ภาพรวม)	0.24	< 0.001*	ต่ำ

อภิปรายผล (Discussion)

จากการศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลบ้านโพธิ์ มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ การิสรณ์ และคณะ (2562), สุพัตรา โพธิ์ภาค (2563) และปราณี ทัดศรี และคณะ (2566) ปัจจัยสำคัญอาจเนื่องมาจากองค์ประกอบด้านการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่า แม้ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล (พิจารณาจากคะแนนด้านการเข้าถึงที่สูงกว่าด้านอื่น) ทว่ายังคงขาดทักษะการวิเคราะห์และแยกแยะความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งถือเป็นทักษะขั้นสูงที่จำเป็นในยุคปัจจุบันที่มีข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจำนวนมาก

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาในพื้นที่ชุมชนเมืองหรือกึ่งเมืองที่พบระดับความรอบรู้อยู่ในระดับดีมาก (อาภรณ์ คำก้อน และคณะ, 2565; จิราภรณ์ อริยสิทธิ์, 2566) ความแตกต่างดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากบริบทของพื้นที่ การเข้าถึงเทคโนโลยี และระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่พึงประสงค์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ อริยสิทธิ์ (2566) และนิวัตรครองบุญ (2566) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการ

ดื่มสุรา การรักษาและรับประทานยา และการสูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยสูงตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงความสำเร็จของการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเฉพาะบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการติดตามเยี่ยมบ้านและให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางและมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด สาเหตุอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านอายุของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเฉลี่ย 63.95 ปี ประกอบกับภาระงานจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกายแล้ว ส่งผลให้ละเลยการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอย่างถูกวิธี

3. ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีแนวโน้มการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับบทบาททางสังคมที่เพศหญิงมักให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพร่างกายมากกว่า

นอกจากนี้ อายุและระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุมากหรือมีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน จะสั่งสมประสบการณ์การเรียนรู้และสามารถปรับตัวต่อโรคได้ดียิ่งขึ้น (Learning by Experience)

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านอาชีพไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ประเด็นดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลในทุกกลุ่มอาชีพไม่แตกต่างกัน ส่งผลให้ความตระหนักในการดูแลตนเองไม่ขึ้นอยู่กับลักษณะการประกอบอาชีพ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ($r = 0.24, p < 0.05$) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.36$) ซึ่งสูงกว่าด้านอื่น

ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า การมีความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ทว่าความสามารถในการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันถือเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นลินี หนูห่วง (2566) และเพ็ชรี มานะศักดิ์ (2568) ที่พบความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาและยกระดับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ ดังนี้

1.1 ด้านการส่งเสริมทักษะการประเมิน

ข้อมูล เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบด้านการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จึงควรจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) โดยมุ่งเน้นกระบวนการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต การคัดกรองข่าวปลอม และการเลือกใช้แหล่งข้อมูลที่ต้องผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ (Line) อย่างมีวิจารณญาณ

1.2 ด้านการปรับเปลี่ยนรูปแบบการ

ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สืบเนื่องจากพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรผลักดันนโยบายสาธารณะระดับตำบลเพื่อจัดสรรพื้นที่หรือลานออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชน พร้อมทั้งสนับสนุนกิจกรรมกลุ่มที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต อาทิ การรำไม้พลอง หรือการยืดเหยียดประกอบดนตรีพื้นบ้าน

1.3 ด้านการบูรณาการดูแลผ่านเครือข่าย

ชุมชน ควรส่งเสริมกิจกรรม "เพื่อนช่วยเพื่อน" (Peer Support) โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองที่ดีให้ทำหน้าที่เป็นต้นแบบเพื่อสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยรายอื่น ดำเนินการควบคู่กับการเยี่ยมบ้านเชิงรุกโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อติดตามและให้คำแนะนำรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีและกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled Hypertension) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่เป็นรูปธรรม

2.2 ควรวิจัยและพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของตำบลบ้านโพธิ์ เพื่อให้ได้นวัตกรรมบริการสุขภาพที่สามารถนำไปขยายผลในพื้นที่ใกล้เคียงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *รณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2567*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=430378>
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสุศึกษา. (2567). *แนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนตามหลัก 3อ. 2ส. และการป้องกันโรคอุบัติใหม่*. นนทบุรี: กองสุศึกษา.
- กรรณิการ์ การ์สิทธิ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, และ นุชนาฏ สุทธิ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *รวมาริบดีพยาบาลสาร*, 25(3), 280-293.
- จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการแพทย์ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 38(2), 351-360.
- นลินี หนูห่วง. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 8(2), 246-254.
- นฤมล กอกอง, และ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. (2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 10(1), 159-170.
- นิวัต ครอบบุญ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลมงคลธรรมนิมิต อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง. อ่างทอง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง.
- บุญยลิตา กิจสุดแสง. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการและการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช*, 3(1), 34-53.
- ปราณี ทัดศรี, และ คณะ. (2566). ความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(1), 118-129.
- ปาริฉัตร หนันจา. (2565). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงของผู้ขับซีรแก็ทท์ซีในกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ชรี มานะศักดิ์. (2568). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 11(1).

- ภัทริน แก้วชัย. (2568). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. สมุทรปราการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ.
- สิทธิพร เสี่ยงใหญ่. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนบ่อฝ้าย ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล, 1(1), 85-97.
- สุพัตรา โพธิ์กาศ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ 2ส ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง บ้านโสมง ตำบลบ้านนา (รายงานการวิจัย). พิษณุโลก: ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก.
- อาภรณ์ คำก้อน, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, และ เบญจมาศ มั่นมั่น. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง. วารสารพยาบาลทหารบก, 23(1), 450-459.
- อุบล แก่นตะเคียน. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านแค อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. พระนครศรีอยุธยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้การบริโภคอาหารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาล
สะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลทองแสนขัน

Development of a Dietary Education Program for Behavior Modification Affecting
Glycated Hemoglobin (HbA1c) Levels in Type 2 Diabetes Patients

at Thong Saen Khan Hospital

ธนกฤต เพชรวิรัตน์

Thanakrit Phetwirat

นักโภชนาการชำนาญการ โรงพยาบาลทองแสนขัน

(Received: January 20, 2026; Accepted: January 29, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เน้นการนับคาร์โบไฮเดรตร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเจาะจงและจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ดำเนินการทดลองโดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Bandura ซึ่งประกอบด้วยการฝึกทักษะการนับคาร์โบไฮเดรต การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ และการติดตามสนับสนุนทางโทรศัพท์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อีกทั้งยังมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงจากร้อยละ 8.42 เป็นร้อยละ 7.18 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($p = .001$) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นการนับคาร์โบไฮเดรตร่วมกับการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความมั่นใจปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงควรส่งเสริมให้นำรูปแบบการนับคาร์โบไฮเดรตไปประยุกต์ใช้ในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อนำไปสู่การควบคุมโรคที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2, การนับคาร์โบไฮเดรต, การรับรู้ความสามารถของตนเอง

Abstract

This quasi-experimental study, using a two-group pretest-posttest design, aimed to investigate the effects of a dietary behavior modification program emphasizing carbohydrate counting, combined with Self-Efficacy Theory, on self-efficacy, dietary behaviors, and glycated hemoglobin (HbA1c) levels among patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM). The participants were 60 T2DM patients receiving services at Thong Saen Khan Hospital, Uttaradit Province. They were selected via purposive sampling and assigned to either an experimental group or a comparison group, with 30 participants in each. The experimental group participated in a behavior modification program based on Bandura's social learning theory, comprising carbohydrate-counting skill training, modeling, and telephone support for 12 weeks, while the comparison group received routine nursing care. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

The findings revealed that after the 12-week intervention, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores for self-efficacy and dietary behaviors compared to baseline and the comparison group ($p < .001$). Furthermore, the experimental group's HbA1c levels significantly decreased from 8.42% to 7.18% compared to baseline ($p = .001$) and were significantly lower than those of the comparison group. In conclusion, the behavior modification program focusing on carbohydrate counting and self-efficacy enhancement is effective in increasing confidence, improving eating behaviors, and concretely reducing cumulative blood glucose levels. Therefore, the carbohydrate counting approach should be promoted and integrated into health education for diabetic patients to achieve sustainable disease control.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, Carbohydrate counting, Self-efficacy

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสาธารณสุขในระดับประเทศและระดับโลกอย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลสถานการณ์ทั่วโลกในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 1 ราย ในทุก 5 วินาที สำหรับประเทศไทย อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 300,000 คน ส่งผลให้รัฐต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาพยาบาลสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคแทรกซ้อนในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง (IDF Diabetes Atlas, 2021)

ในส่วนของจังหวัดอุดรดิตถ์ ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565) บ่งชี้ว่าอัตราผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 7.31, 7.77 และ 8.16 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียงร้อยละ 33.11 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดสอดคล้องกับสถานการณ์ในอำเภอทองแสนขันและตำบลบ่อทองที่พบอัตราผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเฉพาะตำบลบ่อทองที่มีอัตราผู้ป่วยตายสูงถึง 3.26 ต่อประชากรพันคน (ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 10 ตุลาคม 2566) จากการทบทวนรูปแบบการให้บริการที่ผ่านมา พบว่ามาตรการส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้สุศึกษาตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) แต่ยังขาดคำแนะนำที่จำเพาะเจาะจงเกี่ยวกับการจำกัดปริมาณคาร์โบไฮเดรต ประกอบกับพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นิยมรับประทานข้าวสวยและข้าวเหนียวทุกวันในปริมาณมากและขาดทักษะในการประมาณปริมาณ

อาหาร (สุทินีย์ เขียวดี และ บำเน็จ แสงรัตน์, 2563) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

การควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรตถือเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการโรคเบาหวาน การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการบริโภคอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ (Low Carbohydrate Diet) ช่วยลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sargrad et al., 2005; Gannon & Nuttall, 2004) และมีประสิทธิภาพสูงกว่าการจำกัดแคลอรีเพียงอย่างเดียว (Yamada, 2012; Li-Li Wang, 2018) อีกทั้งยังส่งผลดีต่อระดับไขมันในเลือดและลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ (Jeannie Tay, 2015; Pamela Dyson, 2015)

อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้ยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัยความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1977) มาเป็นกรอบแนวคิดหลัก โดยเชื่อว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ผ่านแหล่งข้อมูล 4 ด้าน ได้แก่ 1. ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Mastery Experience) 2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Vicarious Experience) 3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) และ 4. การกระตุ้นทางอารมณ์และสรีระ (Physiological and Affective States) (Bandura, 1977; Pantaewan P, 2017)

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เน้นการนับคาร์โบไฮเดรตร่วมกับการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่มีต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลทองแสนขัน เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมระดับ

น้ำตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้การบริโภคอาหารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นการนับคาร์โบไฮเดรตร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลทองแสนขัน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานอาหารแบบนับคาร์บ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังสิ้นสุดการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังสิ้นสุดการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest posttest design) ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนมีนาคมถึงมิถุนายน 2568 ใช้ระยะเวลาในการทดลองและติดตามผลรวม 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 1,566 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปี และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไป โดยได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์มือถือหรือผู้ดูแลมีโทรศัพท์ที่สามารถใช้งานร่วมกันได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ สำหรับเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด จอประสาทตา ระบบประสาทส่วนกลางหรือโรคไตเรื้อรัง ($eGFR < 60 \text{ mL/min/1.73m}^2$), ผู้ที่ขอยุติการเข้าร่วมโครงการ หรือย้ายถิ่นที่อยู่ออกนอกเขตพื้นที่ศึกษา

ขนาดตัวอย่างและการสุ่ม (Sample Size and Sampling) ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .90 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.81 ซึ่งอ้างอิงจากการศึกษาของ Li-Li Wang และคณะ (2018) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน และได้ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จากนั้นดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มละ 30 คน ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือหลักที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารร่วมกับนับคาร์บ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1977) ครอบคลุมแหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถตนเอง 4 ด้าน ดังนี้

1.1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) เน้นการฝึกทักษะการบันทึกการรับประทานอาหารแบบนับคาร์บ

1.2 การเห็นตัวแบบ (Modeling) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม โดยใช้บุคคลต้นแบบที่มีค่า HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7 (ตัวแบบด้านบวก) และผู้ที่มีค่า HbA1c สูง (ตัวแบบด้านลบ) เพื่อกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.3 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion): การให้ความรู้เรื่องโรคและการนับคาร์บ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน รวมถึงการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อโน้มน้าวและให้กำลังใจ

1.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal): การให้ข้อมูลสนับสนุนทางบวก ลดความเครียดและความวิตกกังวล เพื่อสร้างความเชื่อมั่น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ได้แก่

2.1 แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งโครงสร้างออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ ลักษณะเครื่องมือเป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ

(Checklist) และแบบเติมคำในช่องว่าง (Fill in the blank) จำนวน 13 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา 2 ด้าน ได้แก่

ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนมื้ออาหารที่รับประทานต่อวัน รวมทั้งปริมาณและชนิดของข้าวที่รับประทานเป็นประจำ

ข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว และยาที่ใช้เป็นประจำ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการรับประทานอาหารแบบนับคาร์บไฮเดรต ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 12 ข้อ ลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (ระดับน้อยที่สุด) ถึง 5 คะแนน (ระดับมากที่สุด) โดยแปลผลคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของบุญใจ ศรีสถิตยนรากร (2553) ซึ่งจำแนกระดับการรับรู้ความสามารถออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49) ระดับน้อย (1.50-2.49) ระดับปานกลาง (2.50-3.49) ระดับมาก (3.50-4.49) และระดับมากที่สุด (4.50-5.00)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ประเภทคาร์โบไฮเดรต เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามการปฏิบัติจริงจากมากไปน้อย (5-1 คะแนน) และข้อคำถามเชิงลบ 6 ข้อ ซึ่งกำหนดให้คะแนนกลับด้านจากน้อยไปมาก (1-5 คะแนน) สำหรับการแปลผลคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์ของบุญใจ ศรีสถิตยนรากร (2553) จำแนกความเหมาะสมของพฤติกรรมออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับเหมาะสมน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49) ระดับเหมาะสมน้อย (1.50-2.49) ระดับเหมาะสม

ปานกลาง (2.50-3.49) ระดับเหมาะสมมาก (3.50-4.49) และระดับเหมาะสมมากที่สุด (4.50-5.00)

2.2 เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่ เครื่องวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว เครื่องชั่งน้ำหนัก และการตรวจวัดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) จากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลทองแสนขัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความชัดเจนของภาษา จากนั้นนำผลการประเมินมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.89 ซึ่งผ่านเกณฑ์การยอมรับที่กำหนดไว้ (ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป)

ความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9

การสอบเทียบเครื่องมือ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลทองแสนขัน ได้ดำเนินการสอบเทียบมาตรฐานเครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและเครื่องชั่งน้ำหนักก่อนเริ่มการวิจัย เพื่อให้มั่นใจในความแม่นยำของอุปกรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูลและขั้นตอนการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยแบ่งขั้นตอนออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการและระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และประสานงานกับโรงพยาบาลทองแสนขัน

จากนั้นทำการเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และทดสอบความถูกต้องของการเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ครบตามเกณฑ์ ผู้วิจัยชี้แจงโครงการ พิทักษ์สิทธิ และขอความยินยอม จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐาน ประเมินการรับรู้ความสามารถ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในทั้งสองกลุ่ม

2. ระยะการทดลอง

ดำเนินการในช่วงสัปดาห์ที่ 1 ถึง 12 โดยแบ่งการปฏิบัติในสองกลุ่มดังนี้

2.1 กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการบริการพยาบาลตามปกติ (Standard Nursing Care) และนัดหมายมาตรวจติดตามผลเมื่อครบ 12 สัปดาห์

2.2 กลุ่มทดลอง เข้าร่วม โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารร่วมกับนับคาร์บ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (กิจกรรมกลุ่ม 4 ชั่วโมง) อบรมเชิงปฏิบัติการสร้างการรับรู้เรื่องโรคและการนับคาร์บ (Carb Counting) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน ตัวแบบ (Modeling) ทั้งด้านบวก (ผู้ที่คุมน้ำตาลได้ดี) และด้านลบ และฝึกทักษะการใช้แบบบันทึกการกิน

สัปดาห์ที่ 2 และ 6 (ติดตามทางโทรศัพท์) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อโน้มน้าวชักจูง (Verbal Persuasion) สอบถามปัญหา ให้กำลังใจ และกระตุ้นเตือนเป้าหมาย

สัปดาห์ที่ 4 และ 8 (กิจกรรมกลุ่ม 2 ชั่วโมง) ติดตามผลสุขภาพ (ชั่งน้ำหนัก, เจาะ FBS) ทบทวนวิธีการนับคาร์บ ตรวจสอบสมุดบันทึก และเปิดเวทีซักถามปัญหาอุปสรรคเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 12 (สรุปผล) ประเมินสุขภาพ สรุปผลการดำเนินงานกิจกรรม และแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้

3. ระยะหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) กับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม และเจาะเลือดส่งตรวจหาระดับ HbA1c ทางห้องปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้อธิบายข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency), ค่าร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลอง

2.1.1 เปรียบเทียบข้อมูลเชิงกลุ่ม (เช่น เพศ อาชีพ) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Chi-Square Test

2.1.2 เปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณ (เช่น อายุ รายได้เฉลี่ย) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test

2.2 การเปรียบเทียบผลของโปรแกรม (Hypothesis Testing)

2.2.1 เปรียบเทียบภายในกลุ่ม (Within-group Comparison): เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้ความสามารถ พฤติกรรมการบริโภค และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c)

ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในแต่ละกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test

2.2.2 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Between-group Comparison): เพื่อศึกษาความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถ พฤติกรรมการบริโภค และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการสิ้นสุดการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารังนี้ประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน (ตารางที่ 1) ผลการวิเคราะห์พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติและลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.33) มีอายุอยู่ในช่วง 55-65 ปี (ร้อยละ 46.67) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.33) และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 35.00) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของข้อมูลพื้นฐาน พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความสมดุลก่อนเริ่มการทดลอง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	รวม (n=60)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				.793*
ชาย	12 (40.00)	13 (43.33)	25 (41.67)	
หญิง	18 (60.00)	17 (56.67)	35 (58.33)	
อายุ (ปี)				.966*
30-44	4 (13.33)	5 (16.67)	9 (15.00)	
45-54	11 (36.67)	12 (40.00)	23 (38.33)	
55-65	15 (50.00)	13 (43.33)	28 (46.67)	
ระดับการศึกษา				.970*
ประถมศึกษา	14 (46.67)	15 (50.00)	29 (48.33)	
มัธยมศึกษา	12 (40.00)	11 (36.67)	23 (38.33)	
อุดมศึกษา	4 (13.33)	4 (13.33)	8 (13.33)	
อาชีพ				.980*
เกษตรกร	11 (36.67)	10 (33.33)	21 (35.00)	
รับจ้าง	8 (26.67)	9 (30.00)	17 (28.33)	
ค้าขาย	6 (20.00)	7 (23.33)	13 (21.67)	
อื่นๆ	5 (16.67)	4 (13.33)	9 (15.00)	
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)				.596**
Mean $\pm$ SD	8,650 $\pm$ 2,350	8,350 $\pm$ 2,180	8,500 $\pm$ 2,265	

หมายเหตุ: * Chi-square test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม (Categorical data) ** Independent t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ (Continuous data)

2. ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ปรากฏผลดังแสดงในตารางที่ 2 โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง ภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (สัปดาห์ที่ 12) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรที่ศึกษาในทิศทางที่ดีขึ้นกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน

ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.45 ± 0.68 คะแนน เป็น 4.12 ± 0.52 คะแนน ($t = 12.847, p < .001$)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.78 ± 0.75 คะแนน เป็น 4.25 ± 0.61 คะแนน ($t = 8.926, p = .002$)

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มีค่าเฉลี่ยลดลงจากร้อยละ 8.42 ± 1.25 เป็นร้อยละ 7.18 ± 0.89 ($t = 6.429, p = .001$)



2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรที่ศึกษา ($p > .05$) โดยระดับน้ำตาลสะสมและพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรผลลัพธ์ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Paired t-test)

กลุ่มตัวอย่าง / ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (Mean $\pm$ SD)	หลังการทดลอง (Mean $\pm$ SD)	ผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean Diff $\pm$ SD)	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=30)					
1. การรับรู้ ความสามารถ	2.45 $\pm$ 0.68	4.12 $\pm$ 0.52	1.67 $\pm$ 0.71	12.847	<.001*
2. พฤติกรรมการ บริโภค	2.78 $\pm$ 0.75	4.25 $\pm$ 0.61	1.47 $\pm$ 0.90	8.926	.002*
3. ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c)	8.42 $\pm$ 1.25	7.18 $\pm$ 0.89	-1.24 $\pm$ 1.06	6.429	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)					
1. การรับรู้ ความสามารถ	2.38 $\pm$ 0.72	2.41 $\pm$ 0.69	0.03 $\pm$ 0.28	0.584	.564
2. พฤติกรรมการ บริโภค	2.72 $\pm$ 0.81	2.69 $\pm$ 0.78	-0.03 $\pm$ 0.42	-0.391	.699
3. ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c)	8.39 $\pm$ 1.18	8.34 $\pm$ 1.12	-0.05 $\pm$ 0.31	-0.612	.545

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรภายหลังสิ้นสุดการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ปรากฏดังตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร โดยมีรายละเอียดดังนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง: กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($4.12 \pm$

0.52 คะแนน และ 2.41 ± 0.69 คะแนน ตามลำดับ; $t = 11.245$, $p < .001$) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.71 คะแนน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในการจัดการโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร: กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4.25 ± 0.61 คะแนน และ 2.69 ± 0.78 คะแนน ตามลำดับ; $t = 9.158$, $p < .001$) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 1.56 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c): กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 7.18

± 0.89 และร้อยละ 8.34 ± 1.12 ตามลำดับ; $t = 4.441$, $p < .001$) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยร้อยละ 1.16 ซึ่งถือเป็นความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางคลินิก เนื่องจากการลดระดับ HbA1c ได้ร้อยละ 1 ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง (Independent t-test)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	ผลต่าง ค่าเฉลี่ย	t	p-value
	(Mean $\pm$ SD)	(Mean $\pm$ SD)	(Mean Diff)		
1. การรับรู้ความสามารถ	4.12 $\pm$ 0.52	2.41 $\pm$ 0.69	1.71	11.245	<.001*
2. พฤติกรรมการบริโภค	4.25 $\pm$ 0.61	2.69 $\pm$ 0.78	1.56	9.158	<.001*
3. ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c)	7.18 $\pm$ 0.89	8.34 $\pm$ 1.12	-1.16	4.441	<.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลทองแสนขัน ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยในประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. ผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบนับคาร์โบไฮเดรตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ ผลลัพธ์ดังกล่าวเป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่โปรแกรมนี้ได้ประยุกต์ใช้ ทฤษฎี

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1977) เป็นกรอบแนวคิดหลัก โดยมุ่งเน้นกระบวนการสร้างความเชื่อมั่นผ่านแหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถ 4 ด้าน ดังนี้

1.1 ประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery Experiences): การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการใช้แบบบันทึกการรับประทานอาหารแบบนับคาร์โบไฮเดรตด้วยตนเองจนเกิดความชำนาญ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้จริง

1.2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Vicarious Experience): การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ป่วยต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาล ช่วยสร้างแรงบันดาลใจและเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้แก่สมาชิกในกลุ่ม

1.3 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion): การให้ความรู้ การร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้น

เตือนและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ช่วยโน้มน้าวให้ผู้ป่วย มีความเพียรพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and Affective States): การติดตาม ประเมินผลสุขภาพและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ภายใต้บรรยากาศที่เป็นกัลยาณมิตร ช่วย ลดความวิตกกังวลและสร้างความมั่นใจในการดูแล ตนเอง

กระบวนการข้างต้นส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการ ปรับเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญา (Cognitive Process) นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ ยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pantaewan (2017) ที่พบว่าการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของ ตนเองส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้น

2. ผลต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12) กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงจากร้อยละ 8.42 เป็นร้อยละ 7.18 ซึ่ง เป็นการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีค่าต่ำกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเน้น "การนับคาร์โบไฮเดรต (Carb Counting)" ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปริมาณ คาร์โบไฮเดรตได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น เนื่องจาก คาร์โบไฮเดรตเป็นสารอาหารหลักที่มีผลโดยตรงต่อการ กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน เมื่อผู้ป่วยบริโภคคาร์โบไฮเดรต ในปริมาณที่ลดลงหรือเหมาะสมกับความต้องการของ ร่างกาย จะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร (Postprandial Glucose) ลดต่ำลง และส่งผลต่อเนื่อง ให้ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงในที่สุด

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sargrad et al. (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่บริโภคอาหารจำกัดคาร์โบไฮเดรตมีค่า HbA1c ลดลง จากระดับร้อยละ 8.20 เหลือร้อยละ 6.90 ภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Gannon and Nuttall (2004) ที่พบว่าการลดปริมาณ คาร์โบไฮเดรตเป็นเวลา 5 สัปดาห์ สามารถลด HbA1c จากระดับร้อยละ 9.80 เหลือร้อยละ 7.60 นอกจากนี้ ยัง สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Yamada (2012) และ Wang (2018) ที่ยืนยันตรงกันว่า การบริโภคอาหารแบบ จำกัดคาร์โบไฮเดรต (Low Carbohydrate Diet: LCD) มีประสิทธิภาพในการลดระดับ HbA1c ได้ดีกว่าการ จำกัดปริมาณแคลอรีเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา ขึ้นโดยการบูรณาการองค์ความรู้ เรื่องการนับ คาร์โบไฮเดรตร่วมกับการสร้างเสริมการรับรู้ ความสามารถของตนเอง เป็นรูปแบบการดูแลที่มี ประสิทธิภาพในการช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อ การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และแนวทางสำหรับ การศึกษาวิจัยในอนาคต ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขหรือคลินิก โรคเบาหวานควรพิจารณานำโปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่เน้น "การนับคาร์โบไฮเดรต" (Carb Counting) บรรจุเป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติในการให้ คำปรึกษาด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วย เนื่องจากเป็นวิธีการ

ที่ให้ผลลัพธ์ชัดเจนและเข้าใจง่ายกว่าคำแนะนำแบบกว้างๆ

1.2 ควรมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพให้แก่พยาบาลเวชปฏิบัติและนักโภชนาการ ให้มีความเชี่ยวชาญในเทคนิคการสอนแบบคาร์โบไฮเดรตและการสร้างแรงจูงใจ (Self-efficacy enhancement) เพื่อให้สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการควบคุมอาหารและเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal study) มากกว่า 12 สัปดาห์ เช่น 6

เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรม การบริโภคอาหารและระดับ HbA1c ว่ายังคงลดลงอย่างต่อเนื่องหรือไม่

2.2 การวิจัยในอนาคตควรพัฒนาเครื่องมือติดตามพฤติกรรมที่มีความแม่นยำและสะดวกมากขึ้น เช่น การใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน (Mobile Health Application) หรือ Food Diary Digital เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบันทึกและคำนวณคาร์โบไฮเดรตได้แบบเรียลไทม์

2.3 ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังตัวแปรด้านจิตสังคมอื่นๆ เช่น คุณภาพชีวิต (Quality of Life) หรือแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการควบคุมโรคเบาหวานได้รอบด้านยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- บุญใจ ศรีสถิตยนากร. (2553). *การวิจัยทางการพยาบาล: ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัย*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทินีย์ เขียวดี และบำเน็จ แสงรัตน์. (2563). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 16(2), 45–58.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
- Dyson, P. A. (2015). Low carbohydrate diets and type 2 diabetes: What is the latest evidence? *Diabetes Therapy*, 6(4), 411–424.
- Gannon, M. C., & Nuttall, F. Q. (2004). Effect of a high-protein, low-carbohydrate diet on blood glucose control in people with type 2 diabetes. *Metabolism*, 53(6), 749–754.
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF diabetes atlas* (10th ed.). International Diabetes Federation.
- Pantaewan, P. (2017). Self-efficacy and health behavior modification. *Journal of Nursing Science*, 35(3), 15–27.

- Sargrad, K. R., Homko, C., Mozzoli, M., & Boden, G. (2005). Effect of a low-carbohydrate diet on insulin resistance in obese patients with type 2 diabetes. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(6), 3566–3572.
- Tay, J., Luscombe-Marsh, N. D., Thompson, C. H., Noakes, M., Buckley, J. D., Wittert, G. A., & Brinkworth, G. D. (2015). Comparison of low- and high-carbohydrate diets for type 2 diabetes management. *Diabetes Care*, 38(5), 820–828.
- Wang, L. L., Wang, Q., Hong, Y., Ojo, O., Jiang, Q., Hou, Y., ... (2018). Low-carbohydrate diet versus low-fat diet in type 2 diabetes mellitus. *Nutrition & Metabolism*, 15, 1–9.
- Yamada, Y., Uchida, J., Izumi, H., Tsukamoto, Y., Inoue, G., Kido, Y., ... (2012). Efficacy of low-carbohydrate diet for glycemic control in patients with type 2 diabetes. *Nutrition Journal*, 11, 1–8.

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม

การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล

The Effects of a Program Applying Protection Motivation Theory on Caregiving

Behaviors for Pediatric Asthma Patients among Caregivers

ทิพรดา กาญจนารูจี

Tiprada Kanchanaruchee

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

(Received: January 20, 2026; Revised: February 5, 2026 Accepted: February 10, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่มีต่อความรู้ แรงจูงใจในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 0-15 ปี ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จำนวน 35 ราย ซึ่งคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดและใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลาก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมระยะเวลา 4 สัปดาห์ และแบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติทดสอบทีชนิดกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired Sample t-test)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.14) มีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 42.86) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 94.29) ภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ แรงจูงใจในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ดี เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียวก่อนและหลังการทดลองโดยใช้การประเมินผลผ่านแบบสอบถามในระยะสั้น การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้จึงควรพิจารณาภายใต้ข้อจำกัดด้านระเบียบวิธีวิจัยดังกล่าว

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย, ผู้ดูแลเด็ก, เด็กโรคหืด, ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค



Abstract

This quasi-experimental study, employing a one-group pretest-posttest design, examined the effects of a Protection Motivation Theory (PMT)- based program on knowledge, protection motivation, and asthma care behaviors among caregivers of pediatric patients. The sample consisted of 35 primary caregivers of children with asthma (aged 0–15 years) receiving treatment at the Asthma Clinic, That Phanom Crown Prince Hospital. Participants were selected based on inclusion criteria using a simple random sampling technique (lottery method). The research instruments included a 4-week behavioral development program and a data collection questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, while hypotheses were tested using the Paired Sample t-test.

The results revealed that the majority of participants were female (77.14%), aged 31–40 years (42.86%), and married (94.29%). After the intervention, the mean scores for knowledge, protection motivation, and asthma care behaviors were significantly higher than those before the program at a .05 level of significance. However, as this study utilized a one-group pretest-posttest design and relied on short-term self-reported questionnaires, the application of these findings should consider the inherent methodological limitations.

Keywords: Caregiving behaviors, Caregivers, Pediatric asthma, Protection Motivation Theory (PMT)

บทนำ

โรคหืด (Asthma) เป็นสภาวะการอักเสบเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจ ซึ่งส่งผลให้หลอดลมเกิดการตีบตัวและตอบสนองไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ ผู้ป่วยจึงมักปรากฏอาการหายใจลำบาก ไอ แน่นหน้าอก และหายใจมีเสียงหวีด โรคหืดถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ เนื่องจากมีภาระโรคและอัตราการเสียชีวิตในระดับที่สูง สำหรับอุบัติการณ์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 18,590 ราย หรือคิดเป็นอัตราป่วย 31.63 ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ทั้งนี้ ข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 8 รวมถึงจังหวัดนครพนม พบอัตราป่วยสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาและระดับความสำคัญในการดำเนินงานในพื้นที่ดังกล่าว สาเหตุของโรคหืดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสภาพแวดล้อม โดยบุคคลที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหืดหรือโรคภูมิแพ้จะมีระดับความเสี่ยงสูงกว่าปกติ ปัจจัยกระตุ้นอุบัติการณ์ของโรคที่สำคัญประกอบด้วย สารก่อภูมิแพ้ อาทิ ฝุ่นละออง เชื้อรา ขนสัตว์ และเกสรดอกไม้ รวมทั้งมลพิษทางอากาศ ควันบุหรี่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การออกกำลังกายอย่างหนักในสภาวะอากาศเย็นหรือแห้ง ความเครียด ตลอดจนยาบางประเภท ทั้งนี้ หากปราศจากการหลีกเลี่ยงหรือการบริหารจัดการปัจจัยกระตุ้นดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ อาจส่งผลให้เกิดสภาวะโรคหืดกำเริบ (Asthma Exacerbation) ได้ (Morales & Duffy, 2019; Price et al., 2014)

โรคหืดในเด็กเป็นประเด็นทางสาธารณสุขที่ควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษ เนื่องจากเด็กมีสภาวะร่างกายที่เปราะบางและไวต่อสิ่งกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อมมากกว่าผู้ใหญ่ อีกทั้งโรคหืดยังส่งผลกระทบต่อการเรียน

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็ก ผู้ป่วยเด็กบางรายอาจเกิดภาวะวิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้ ผลกระทบยังขยายขอบเขตไปสู่ครอบครัวและผู้ดูแล ทั้งในด้านภาระค่าใช้จ่าย เวลาและความเครียดสะสมจากความกังวลต่อการกำเริบ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการบริหารจัดการโรคอย่างมีประสิทธิภาพ (Bartlett et al., 2020)

บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดมีความสำคัญยิ่งต่อการควบคุมสภาวะโรค พฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมประกอบด้วย การสังเกตและติดตามอาการ การบริหารยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย การดูแลสภาวะทางจิตใจ ตลอดจนการนำเด็กไปพบแพทย์เพื่อติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (อรอนงค์ ขาวสำน อุษณีย์ จินตะเวช และสุธิศา ล่ำม้าง , 2563; วงษ์เดียน จูแดง และศศิธร จตุโกคา, 2563) อย่างไรก็ตาม วรรณกรรมวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลบางส่วนยังคงมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่สอดคล้องกับมาตรฐานทางเวชปฏิบัติ เช่น การหยุดยาเมื่ออาการทุเลา การใช้ยาพ่นผิดวิธี หรือข้อจำกัดในการควบคุมสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติเชิงประจักษ์ (Soo & Tan, 2014; Halterman et al., 2019; Bender et al., 2016)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่ายพื้นที่เขตตอนใต้ของจังหวัดนครพนม พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหืดเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มเด็กอายุ 0–15 ปี ซึ่งมีสัดส่วนการเข้ารับบริการ ณ แผนกฉุกเฉินและการรักษาแบบผู้ป่วยในระดับที่น่ายกย่อง ข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2565–2567

ระบุจำนวนผู้ป่วยโรคหืดทุกช่วงอายุรวม 392, 455 และ 435 รายตามลำดับ มียอดรวมการรับบริการประเภทผู้ป่วยนอก 1,571, 1,680 และ 1,293 ครั้งตามลำดับ และภาระค่าใช้จ่ายรวมในการรักษาพยาบาลมีมูลค่าสูงถึง 2,387,750; 2,577,916; และ 1,863,586 บาทตามลำดับ นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยเด็กโรคหืด (0–15 ปี) จำนวน 183 ราย ในจำนวนนี้มีผู้เข้ารับบริการฉุกเฉินจำนวน 42 ราย (รวม 58 ครั้ง) และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 27 ราย โดยมีค่าใช้จ่ายรวม 220,639 บาท (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม, 2567) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแล เพื่อให้สามารถจัดการโรคหืดในเด็กได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องภายใต้บริบทของพื้นที่

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) เป็นกรอบแนวคิดที่มีประสิทธิภาพในการอธิบายและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการรับรู้ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยง ประสิทธิภาพของการตอบสนอง ความสามารถของตนเอง และต้นทุนในการปฏิบัติ (Rogers, 1975) แม้คลินิกโรคหืดจะมีการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลตามเกณฑ์ปกติ แต่ยังมีข้อจำกัดในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลนำความรู้ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมที่มีโครงสร้างกิจกรรมเชิงระบบและประยุกต์ใช้กรอบทฤษฎีเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นของผู้ดูแลในการบริหารเด็กโรคหืด

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎี PMT ต่อความแรงจูงใจในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล ผลลัพธ์จากการศึกษาจะเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการและกิจกรรมสุขศึกษาในคลินิกโรคหืด ทั้งนี้ ประเด็นด้านการลดอัตราการกลับมา

รับการรักษาซ้ำหรือผลลัพธ์ทางคลินิก ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมด้วยตัวชี้วัดที่จำเพาะเจาะจงในการวิจัยลำดับถัดไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่มีต่อความรู้ แรงจูงใจในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ

2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการป้องกันโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ

2.3 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest–posttest design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุมและไม่มีการสุ่มจัดกลุ่ม ทำการวัดผล 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pretest) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 4 สัปดาห์ (posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีอายุระหว่าง 0–15 ปี ซึ่ง

เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จำนวน 183 ราย (อ้างอิงข้อมูลจากทะเบียนคลินิกโรคหืด ประจำปี พ.ศ. 2567)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุระหว่าง 20–60 ปี
2. ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็ก

โรคหืด

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

4. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างน้อย 6 เดือน

5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีสภาวะเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมการวิจัยได้
2. ย้ายที่อยู่จากพื้นที่ศึกษาหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนตามระยะเวลาที่กำหนด
3. มีความบกพร่องด้านการรับรู้หรือความจำซึ่งส่งผลต่อความเที่ยงตรงของการให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ด้วยการทดสอบค่าสถิติ t-test (Matched Pairs) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) ระดับปานกลางที่ 0.50 ตามแนวคิดของ Cohen (1988) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ .05 และกำลังการทดสอบ (Power) ที่ .80 คำนวณขนาดตัวอย่างขั้นต่ำได้ 24 ราย ทั้งนี้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงปรับ

เพิ่มขนาดตัวอย่างในอัตราร้อยละ 30 ตามสูตรคำนวณของ ปุณณพัฒน์ ไชยมล (2556) ดังนี้:

$$N = n/1-L$$

เมื่อ $n = 24$ และ $L = 0.30$

$$N = 24/1-0.30 = 34.28$$

จากการคำนวณ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 35 ราย เพื่อให้ครอบคลุมและเหมาะสมต่อการวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบความแตกต่างแบบรายคู่ (Paired Sample t-test)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling Technique) ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ผ่านเทคนิคการจับสลาก (Lottery Method) จากรายชื่อผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าตามขั้นตอนดังนี้

1. จัดทำบัญชีรายชื่อและกำหนดหมายเลขลำดับให้แก่ประชากรที่มีคุณสมบัติครบถ้วน
2. จัดทำหมายเลขลงบนสลากและบรรจุในภาชนะทึบแสง
3. ดำเนินการสุ่มจับสลากที่ละหมายเลขจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 35 ราย
4. ในกรณีที่บุคคลที่ได้รับเลือกปฏิเสธการเข้าร่วมหรือมีเหตุขัดข้อง ผู้วิจัยจะดำเนินการสุ่มจับสลากทดแทนจากบัญชีรายชื่อที่เหลือจนครบตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ดังนี้

1. โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินการ 2 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินการรับรู้ภัยคุกคาม (Threat Appraisal) ประกอบด้วยการประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วย การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ตลอดจนการเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหืด

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วยการสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการบริหารผู้ป่วย การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในที่พักอาศัยให้เหมาะสม การสาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการหายใจเพื่อถ่ายทอดสู่ผู้ป่วยเด็ก การฝึกทักษะการใช้ยาชนิดสูดพ่น การบริหารการหายใจ และการบริหารยาขยายหลอดลมอย่างถูกต้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหืด จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ถูก ผิด และไม่แน่ใจ) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์อิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (ร้อยละ 80–100 หรือ 9–12 คะแนน) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60–79 หรือ 7–8 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือ 0–6 คะแนน)

ตอนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหืด จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคหืด จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 5 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการดูแลผู้ป่วย: จำนวน 10 ข้อ

การวัดผลในตอนที่ 3–5 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามแบบของ Likert โดยข้อคำถามเชิงบวกกำหนดคะแนนตั้งแต่ 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และคะแนนในทิศทางตรงกันข้ามสำหรับข้อคำถามเชิงลบ การแปลผลพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best (1981) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (3.68–5.00) ระดับปานกลาง (2.34–3.67) และระดับต่ำ (1.00–2.33)

ตอนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแล จำนวน 30 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามแบบของ Likert โดยข้อคำถามเชิงบวกกำหนดคะแนน 5 (ปฏิบัติเป็นประจำ) ถึง 1 (ไม่เคยปฏิบัติ) และทิศทางตรงกันข้ามสำหรับข้อคำถามเชิงลบ การแปลผลพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best (1981) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเหมาะสม (3.68–5.00) ระดับพอใช้ (2.34–3.67) และระดับควรปรับปรุง (1.00–2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ โดยประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence Index: IOC) ทั้งนี้ ผลการประเมินพบว่า

ข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การพิจารณาและมีความตรงเชิงเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ดูแลเด็กโรคหืด ณ โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม จำนวน 30 ราย ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มที่ใช้ในการศึกษาจริง เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหืด วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสูตร Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

2.2 แบบสอบถามการรับรู้และพฤติกรรม ตอนที่ 3-6 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.90, 0.92, 0.91 และ 0.94 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือวิจัยทุกส่วนมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง จึงมีความเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1.1 การขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (IRB) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม พร้อมเอกสารประกอบ ได้แก่ โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เครื่องมือวิจัย และเอกสารคำชี้แจงอาสาสมัคร โดยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับหนังสืออนุมัติอย่างเป็นทางการ

1.2 การประสานงานเพื่อเก็บข้อมูล ดำเนินการขออนุญาตผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สมเด็จพระยุพราชธาตุพนม โดยแนบสำเนาหนังสืออนุมัติจาก IRB และแผนการดำเนินงาน เมื่อได้รับอนุญาตจึงประสานหน่วยงานเพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ พร้อมชี้แจงมาตรการรักษาความลับตามหลักจริยธรรมการวิจัย

1.3 การคัดเลือกอาสาสมัครและการรวบรวมข้อมูล

1.3.1 คัดกรองผู้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิในการคุ้มครองความลับแก่ผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน

1.3.2 ลงนามยินยอมและกำหนดรหัส: อาสาสมัครที่สมัครใจเข้าร่วมลงนามในใบยินยอม และได้รับรหัสประจำตัว (ID) เพื่อใช้แทนชื่อ-นามสกุลในการบันทึกข้อมูล

1.3.3 ประเมินก่อนการทดลอง (O_1) เก็บข้อมูลพื้นฐานด้วยแบบสอบถามก่อนเริ่มกิจกรรม (ใช้เวลา 15-30 นาที)

1.3.4 ดำเนินกิจกรรม (X) จัดกิจกรรมตามโปรแกรมทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นเวลา 4 สัปดาห์

1.3.5 ประเมินหลังการทดลอง (O_2) เก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 ด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

1.3.6 จัดการข้อมูล: ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทันที และจัดเก็บเอกสารในสถานที่ปลอดภัยซึ่งเข้าถึงได้เฉพาะทีมวิจัยเท่านั้น

2. การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม ณ คลินิกโรคหืดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุ

พนม ทุกวันจันทร์ เวลา 08.30 น. โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้ภัยคุกคาม

1. ระยะเริ่มต้น สร้างสัมพันธภาพ แนะนำโครงการ และชี้แจงกฎกติกาการเข้าร่วมกิจกรรม
2. การประเมินก่อนทดลอง (O_1) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแล (ใช้เวลาประมาณ 15–30 นาที)
3. กิจกรรมที่ 1 “รู้จักโรคหืด” ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ปัจจัยกระตุ้น แนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อม และการประเมินอาการทางคลินิกเบื้องต้น พร้อมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่ม
4. กิจกรรมที่ 2 “ป้องกันภาวะแทรกซ้อน” เสริมสร้างการรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการวางแผนเผชิญเหตุเมื่ออาการกำเริบตามมาตรฐานวิชาชีพ

สัปดาห์ที่ 2 การเฝ้าระวังและการส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง

- กิจกรรมที่ 3 “สังเกตอาการและจัดการอย่างถูกต้อง” ฝึกทักษะการสังเกตอาการฉุกเฉิน แนวทางการบริหารยาตามแผนการรักษา และฝึกปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)
- กิจกรรมที่ 4 “สร้างความมั่นใจของผู้ดูแล” เสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ผ่านการจำลองสถานการณ์ และการวางแผนปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พิกอาศัย

สัปดาห์ที่ 3 การพัฒนาทักษะการบริหารเชิงปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการหายใจ สาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการหายใจที่เหมาะสม โดยให้ผู้ดูแลทดลองสอนเด็กจำลองเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติจริง

กิจกรรมที่ 6 การใช้ยาสูดพ่นและอุปกรณ์สาธิตการใช้ยาประเภท MDI ร่วมกับอุปกรณ์เสริม (Spacer) อย่างถูกวิธี พร้อมประเมินและแก้ไขทักษะรายบุคคล

สัปดาห์ที่ 4 การประเมินผลหลังการทดลอง (O_2) และสรุปผล

1. การประเมินหลังทดลอง (O_2) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชุดเดิมเพื่อเปรียบเทียบผล
2. การสรุปกิจกรรม ทบทวนประเด็นสำคัญ สะท้อนผลการเรียนรู้ เปิดโอกาสในการซักถามปัญหา อุปสรรค และกล่าวปิดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ

2. การวิเคราะห์สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเปรียบเทียบ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง โดยใช้ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ 88/68

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.14) มีช่วงอายุระหว่าง 31–40 ปี (ร้อยละ 42.86) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 94.29) ด้านการศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.29) ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 40) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 60) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระหว่าง 2–4 ปี (ร้อยละ 57.14)

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแล

ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดในระดับต่ำ (ร้อยละ 77.14) อย่างไรก็ตาม ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้เพิ่มขึ้นสู่ระดับสูง (ร้อยละ 100) โดยประเด็นที่

กลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการของคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ประกอบด้วย 1) อิทธิพลของสภาวะความเครียดต่อการกระตุ้นอาการหอบ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรมกับโรคหืด และ 3) ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโอกาสการเกิดโรคในบุคคลที่มีประวัติครอบครัวสายตรง

3. แรงจูงใจในการป้องกันโรคของผู้ดูแล

ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคหืดในระดับปานกลางทั้งหมด (ร้อยละ 100) และเพิ่มขึ้นสู่ระดับสูงภายหลังการทดลอง (ร้อยละ 100) นอกจากนี้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการบริหารผู้ป่วย พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 88.57) และพัฒนาสู่ระดับสูงทั้งหมด ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม (ร้อยละ 100) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แรงจูงใจในการป้องกันโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด (n=35)

แรงจูงใจในการป้องกันโรคของผู้ดูแล	ช่วงเวลาทดลอง	ระดับการรับรู้					
		ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดของภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด	ก่อน	0	0.00	35	100.00	0	0.00
	หลัง	0	0.00	0	0.00	35	100.00
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด	ก่อน	0	0.00	35	100.00	0	0.00
	หลัง	0	0.00	0	0.00	35	100.00
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการดูแลผู้ป่วย	ก่อน	4	11.43	31	88.57	0	0.00
	หลัง	0	0.00	0	0.00	35	100.00

4. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล

ผลการศึกษาแสดงว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอยู่ในระดับพอใช้ทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) และหลังเข้าร่วม

โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสมทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก่อนการทดลองเท่ากับ 86.62 ± 3.50 คะแนน และหลังการทดลองเท่ากับ 143.00 ± 3.19 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลอง (n=35)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
พอใช้ n (%)	35 (100.00)	0 (0.00)
เหมาะสม n (%)	0 (0.00)	35 (100.00)
คะแนนรวม Mean±SD	86.62±3.50	143.00±3.19

5. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหืด แรงจูงใจในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหืด แรงจูงใจในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในทุกด้านเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหืด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.17 คะแนน (SD = 1.82, 95% CI: 2.54–3.79) สะท้อนถึงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.2 ด้านแรงจูงใจในการป้องกันโรค องค์ประกอบทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 18.97 คะแนน (SD = 2.25, 95% CI: 18.19–19.74) การรับรู้ความรุนแรงมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 19.34 คะแนน (SD = 2.04, 95% CI: 18.64–20.04) และความคาดหวังในความสามารถของตนเองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 20.91 คะแนน (SD = 2.55, 95% CI: 20.03–21.79)

5.3 ด้านพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้น 57.00 คะแนน (SD = 5.45, 95% CI: 55.12–58.87) แสดงให้เห็นว่าภายหลังการได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหืด แรงจูงใจในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=35)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม โปรแกรม	หลังเข้าร่วม โปรแกรม	Mean diff (Post-Pre)	95% CI		t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		Lower	Upper		
ความรู้เกี่ยวกับโรค หืด	60.2±0.85	9.20±1.54	3.17	2.54	3.79	10.29	<0.05
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	28.97±1.82	47.94±1.32	18.97	18.19	19.74	49.76	<0.05
การรับรู้ความ รุนแรง	28.62±1.49	47.97±1.46	19.34	18.64	20.04	56.01	<0.05
ความคาดหวังใน ความสามารถของ ตนเอง	27.40±2.37	48.31±1.18	20.91	20.03	21.79	48.34	<0.05
พฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคหืด	86.62±3.50	143.00±3.19	57.00	55.12	58.87	61.87	<0.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ก่อนได้รับโปรแกรมผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 77.14) สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริบาลผู้ป่วยเด็ก อย่างไรก็ตามภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้เพิ่มขึ้นสู่ระดับสูง แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการให้สุศึกษาเชิงระบบมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลอย่างชัดเจน เมื่อพิจารณารายประเด็นพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากในด้านความเข้าใจเกี่ยวกับอิทธิพลของความเครียดต่อการกระตุ้นอาการหอบ ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางพันธุกรรม และโอกาสการเกิดโรคในบุคคลที่มีประวัติครอบครัวสายตรง ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทช่วยแก้ไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับสาเหตุและ

ปัจจัยเสี่ยงได้ การที่ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นย่อมส่งผลให้สามารถเฝ้าระวังอาการกำเริบและจัดการโรคได้อย่างต่อเนื่อง ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (ชัยธนาภา สีสถาน และสุวรา ทองเลิศ, 2567) ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริมในระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ในส่วนของแรงจูงใจในการป้องกันโรค ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Rogers, 1975) พบว่าทุกองค์ประกอบมีพัฒนาการเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางสู่ระดับสูงภายหลังได้รับโปรแกรม สะท้อนว่ากิจกรรมในโปรแกรมสามารถกระตุ้นให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบของโรคหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยต้นทางที่นำไปสู่การ



ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) พบว่ามีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมช่วยเสริมสร้างทักษะและความมั่นใจในการบริหารผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1997) ที่ระบุว่าการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และการสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มสมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติที่เหมาะสม โดยสรุป โปรแกรมนี้มีส่วนสำคัญในการยกระดับแรงจูงใจของผู้ดูแล ซึ่งคาดว่าจะส่งผลดีต่อการป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ด้านพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจาก 86.62 ± 3.50 คะแนน เป็น 143.00 ± 3.19 คะแนน โดยระดับพฤติกรรมเปลี่ยนจากระดับพอใช้สู่ระดับเหมาะสม ประเด็นที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นมากคือ การทำความสะอาดอุปกรณ์พ่นยา การควบคุมสิ่งแวดล้อมให้มีการระบายอากาศที่ดี และการตัดสินใจนำเด็กไปพบแพทย์ทันทีเมื่อปรากฏอาการผิดปกติ ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมป้องกันปัจจัยกระตุ้นและการบริหารจัดการทางการแพทย์ที่ถูกต้องมากขึ้น การที่พฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเป็นผลจากการออกแบบโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติจริง (Active Learning) ทำให้ผู้ดูแลสามารถนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมที่ยึดผู้ดูแลเป็นศูนย์กลางสามารถลดความรุนแรงของอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของครอบครัวได้ (สิริกรานต์ สุทธิสมพร และคณะ, 2563)

โดยสรุป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความรู้ แรงจูงใจ และ

พฤติกรรมการบริหารผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากการบูรณาการองค์ความรู้ร่วมกับประสบการณ์เดิมของผู้ดูแลผ่านกิจกรรมที่เข้าใจง่าย ผลการศึกษาจึงสนับสนุนการใช้แนวคิดเชิงทฤษฎีเป็นรากฐานในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพเพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลในระดับสถานพยาบาลและชุมชน ทั้งนี้ การขยายผลเชิงนโยบายจะช่วยลดภาระโรคและส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนแก่เด็กและครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้และแรงจูงใจในการป้องกันโรคหืดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือคลินิกเด็ก เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง
2. ควรบรรจุโปรแกรมการให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดไว้ในแผนงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก หรือแผนงานโรคเรื้อรัง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว
3. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น พยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีความรู้และทักษะในการถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับโรคหืดและการดูแลผู้ป่วยเด็กแก่ผู้ดูแลอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงระดับการศึกษาและบริบทของชุมชน
4. ควรพัฒนาสื่อการสอนหรือสื่อสุขศึกษา เช่น คู่มือ วิดีโอ หรือสื่อดิจิทัลที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้ดูแลในทุกระดับ เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเองและช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). อัตราป่วยรายใหม่ของโรคหืด. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กันยายน 2568 จาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/a7dfd5a2bb045c08129446ca192091bd>
- ชยุตรา ด่านลี และสุพัฒนา ศักดิ์ชัญฐานนท์. (2565). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล และการควบคุมโรคในผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(2), 145-58.
- ธมลวรรณ ศรีกลิ่น ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และอรพณ ศรียุคตศุทธ. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการโรคหืดผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชัน ต่อความรู้ การเข้ายาสูด และการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืด. วารสารพยาบาลศาสตร์, 39(2), 50-63.
- ธัญธนาภา สีสถาน และสุวรา ทองเลิศ. (2567). ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(2), 69-78.
- บุญญพัฒน์ ไชยเมธ. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ, 16(2), 9-18.
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. (2566). ผลการดำเนินงานการให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2566. (เอกสารอัดสำเนา).
- วงศ์เดือน จุแดง และศศิธร จตุโกคา. (2563). พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก 0-5 ปีในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5, 39(3), 488-499.
- วัชรพรหมประกอบ ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และนฤมล อีระรังสิกุล. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคหืดของเด็กวัยเรียนโรคหืด. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 14(1), 110-121.
- สมศักดิ์ อินทมาต ดาวประกาย หย้างาม วริศรา รักษาภักดี และสุจิตรา พงศ์วงประเสริฐ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กของผู้ดูแล. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(3), 53-59.
- สิริกรานต์ สุทธิสมพร สุธิศา ล่ามช้าง และอุษณีย์ จินตะเวช. (2563). ปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด. พยาบาลสาร, 47(4), 27-38.
- อรรพณ ม่วงแก้ว จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย และคลื่นาน ฐานะ. (2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดก่อนวัยเรียนต่อพฤติกรรมการดูแลและการกำเริบของโรค. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(1), 113-122.



อรอนงค์ ชาวसान อุษณีย์ จินตะเวช และ สุธิศา ล่ามช้าง. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด. พยาบาลสาร, 47(3), 27-39.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman.

Bartlett, S. J., O'Byrne, P. M., & Côté, J. (2020). The impact of stress and workload on asthma management. Journal of Asthma, 57(4), 487-495

Bender, W. N., Griffin, D. M., & Lasky, B. (2016). Communication difficulties in the workplace: A study of supervisors and subordinates. Journal of Organizational Behavior, 37(4), 472-491.

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet, 396(10258),1204-1222.

Morales, E & Duffy, D. (2019) Genetics and Gene-Environment Interactions in Childhood and Adult Onset Asthma. Front. The Journal of Pediatrics , 7,1-14.

Price, D., Dale, P., Elder, E & Chapman, K.R. (2014). Types, frequency and impact of asthma triggers on patients' lives: a quantitative study in five European countries. Journal of Asthma, 51(2):127-135.

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. Journal of Psychology, 91,93- 114.

Soo, W.F & Tan, N.C. (2014). The influence of caregivers' knowledge and understanding of asthma aetiology on domiciliary management of children with asthma. Singapore Medical Journal, 55(3): 132-136

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลระนอง

Factors Related to Acute Exacerbation in Patients with Chronic
Obstructive Pulmonary Disease of Ranong Hospital.

วิภาพร เพชรเจริญ
Wipaporn Phetcharoen
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

(Received: September 30, 2025; Accepted: January 10, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ณ โรงพยาบาลระนอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันตามรหัส ICD-10 จำนวน 294 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง แบ่งเป็นส่วนข้อมูลทั่วไป ความรู้และการปฏิบัติ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC 0.67–1.00) และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ (KR-20 = 0.617 และ Alpha = 0.752) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.72) อายุเฉลี่ย 65.04 ปี ป่วยมาแล้ว 5–10 ปี (ร้อยละ 69.39) และมีความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง (ร้อยละ 80.27) ด้านระดับความรู้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 97.28) แต่ระดับการปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 94.90) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป การไม่ได้ทำงาน และรายได้ไม่เพียงพอ ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ และประวัติการพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา รวมถึงปัจจัยพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ในขณะที่ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา โรคร่วม และมลพิษจากการเผาขยะหรือการจุดธูป ไม่พบความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคในการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพควรให้ความสำคัญกับการประเมินและดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นการจัดการปัจจัยกระตุ้นและการจัดการกลุ่มอาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ควรจัดตั้งโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเพื่อชะลอความเสื่อมของสมรรถภาพปอด รวมถึงการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง อันจะช่วยลดอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การพยาบาล, โรงพยาบาลระนอง

Abstract

This descriptive research aimed to investigate factors associated with acute exacerbations among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at Ranong Hospital. The sample consisted of 294 patients primarily diagnosed with COPD and acute exacerbation (ICD-10 codes), selected through purposive sampling. Data collection was conducted from October to December 2024. The research instrument was a structured questionnaire comprising sections on general information, knowledge, and practices. The instrument's content validity was verified with an IOC range of 0.67–1.00, and reliability was acceptable with a KR-20 of 0.617 and Cronbach's Alpha of 0.752. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square tests.

The results revealed that the majority of the participants were female (52.72%) with an average age of 65.04 years. Most had been diagnosed for 5–10 years (69.39%) and exhibited a moderate level of disease severity (80.27%). Regarding knowledge and practice levels, most participants demonstrated high levels of knowledge (97.28%), but their self-management practices were predominantly at a moderate level (94.90%). Factors significantly associated with acute exacerbations ($p < .05$) included demographic factors (age over 60 years, unemployment, and insufficient income), clinical factors (history of pneumonia and emergency nebulization within the past year), and behavioral/environmental factors (smoking and having family members who smoke). Conversely, gender, education level, comorbidities, and exposure to pollution from burning waste or incense showed no significant association with exacerbations in this study.

Recommendations from this research suggest that nurses and multidisciplinary teams should prioritize holistic patient assessment and care, focusing on both physical and psychological symptom management. Pulmonary rehabilitation programs should be established to delay lung function decline. Additionally, providing education to family members to reduce secondhand smoke exposure is essential to decrease exacerbation rates and enhance long-term patient safety.

Keywords : Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) patients, Nursing, Ranong Hospital

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง โดยสถานการณ์ในประเทศไทยระหว่างปี 2561–2565 พบว่าประชากรกลุ่มอายุ 30–69 ปี มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังต่อประชากรแสนคนในระดับที่สูง คือ ร้อยละ 24.8, 24.7, 25.0, 26.8 และ 26.3 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2566) ประเด็นที่น่ากังวลอย่างยิ่งคือภาวะอาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute Exacerbation) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งการหายใจลำบาก หายใจเร็วสั้นและตื่นเหนื่อยหอบแม้ในขณะพัก มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจมากขึ้นร่วมกับภาวะกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง หัวใจเต้นเร็ว ไอเรื้อรัง ปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นและมีลักษณะคล้ายหนอง ตลอดจนมีอาการซึม สับสน หรือหมดสติ ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด หากเกิดอาการกำเริบขึ้นบ่อยครั้งจะส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิต เนื้อปอดถูกทำลายจนนำไปสู่ภาวะความดันในปอดสูง เกิดโรคหัวใจโตจากปอด (Cor Pulmonale) และภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิต (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2565; นภารัตน์ อมรพุดิสถาพร, ม.ป.ป.)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันประกอบด้วยหลายมิติ โดยมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุดและส่งผลให้เกิดความผิดปกติในทางเดินหายใจสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (กนกวรรณ อนุศักดิ์, 2564) รวมถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม (สมคิด ขำทอง และคณะ, 2562) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอกและสิ่งแวดล้อมที่เป็น

ตัวกระตุ้นสำคัญ อาทิ มลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 ควันพิษจากท่อไอเสีย รวมถึงวิถีชีวิตในเขตชนบทที่ยังคงมีการใช้เตาถ่านทำอาหารและการเผาพื้นที่การเกษตร (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2565) เป้าหมายหลักของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นการบรรเทาอาการและป้องกันความเสี่ยงในอนาคต โดยเฉพาะการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะกำเริบเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อน (ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์, 2566)

สำหรับสถานการณ์ในระดับประเทศ ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ระหว่างปี 2564–2566 พบจำนวนผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยในปี 2566 พบผู้ป่วยรายใหม่สูงถึง 13,522 ราย (คลังข้อมูลสุขภาพ HDC, 2567) เช่นเดียวกับจังหวัดระนองที่มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2564–2566 พบผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีอาการกำเริบจำนวน 1,086 คน, 1,206 คน และ 1,302 คน ตามลำดับ (คลังข้อมูลสุขภาพ HDC, 2567) โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลระนองซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 324 เตียง และเป็นศูนย์กลางการรับส่งต่อผู้ป่วยในจังหวัด พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคในระบบทางเดินหายใจที่ติดอันดับ 1 ใน 5 ของโรคที่ผู้ป่วยต้องรับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยใน (โรงพยาบาลระนอง, 2567)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข ในการวางแผนการรักษาและการติดตามผลอย่างเป็นระบบ เพื่อ

ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดอาการกำเริบซ้ำ และเสริมสร้างความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

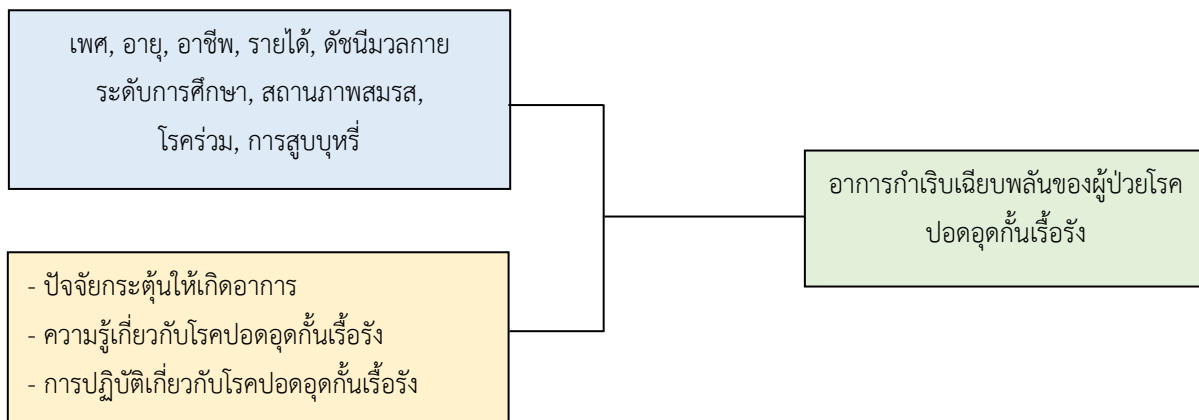
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระนอง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยผู้ช่วยวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันตามรหัส ICD-10 ณ โรงพยาบาลระนอง ระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม

ขั้นตอน และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมได้ลงนามในใบยินยอมหลังสิ้นสุดข้อซักถาม ทั้งนี้ โครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระนอง (เลขที่ COE_RNH_EC 009/2568 เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2567) โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกจัดเก็บอย่างปลอดภัย จำกัดสิทธิ์การเข้าถึงและทำลายข้อมูลระบุตัวตนหลังเสร็จสิ้นการวิจัยตามระเบียบที่กำหนด

พ.ศ. 2567 ข้อมูลที่ศึกษาประกอบด้วยลักษณะทางประชากร ประวัติโรคประจำตัว ปัจจัยทางคลินิก และผลการรักษา เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลระนอง ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 1,276 คน (อ้างอิงข้อมูลจากระบบ HDC)

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยที่มีความพร้อมและยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Finite Population Proportion ผ่านแอปพลิเคชัน N4Studies กำหนดความชุกที่ร้อยละ 54.9 (อ้างอิงจากการศึกษาของ ปิยะวรรณ กุลยรัตน์ และคณะ, 2560) ซึ่งพบปัจจัยสัมพันธ์สำคัญ ได้แก่ เพศชาย การสูบบุหรี่ ค่า FEV1 และ PEFr ต่ำ ระดับความรุนแรงของโรค และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นได้น้อย ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 294 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลัน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระนอง ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง มีนาคม 2568 (2) ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารและทำความเข้าใจภาษาไทยได้ดี (3) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (Structured Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดจากการศึกษาของ อรวรรณ เกียรติกุลพงศ์

(2566) และปรับปรุงข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยกระตุ้น ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ และระดับการศึกษา ร่วมกับแบบประเมินปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจำนวน 16 ข้อ ซึ่งครอบคลุมด้านดัชนีมวลกาย โรคร่วม ประวัติการเจ็บป่วยและรับวัคซีน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การสูดดมควันจากการเผาขยะหรือการจุดธูปภายในที่พักอาศัย

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแบบทดสอบความรู้จำนวน 10 ข้อ มีตัวเลือกตอบ 2 ระดับ (ใช่/ไม่ใช่) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนนเมื่อตอบถูก และ 0 คะแนนเมื่อตอบผิด โดยจัดระดับความรู้ตามเกณฑ์ร้อยละ (ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์, 2559) ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (8–10 คะแนน) ระดับปานกลาง (6–7 คะแนน) และระดับต่ำ (0–5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติเพื่อจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแบบวัดการปฏิบัติจำนวน 15 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามความถี่ในการปฏิบัติจริง (ปฏิบัติเป็นประจำ 7 วัน/สัปดาห์ จนถึงไม่ปฏิบัติเลย) การให้คะแนนแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก (5 ถึง 1 คะแนน) และข้อคำถามเชิงลบ (1 ถึง 5 คะแนน) การแปลผลคะแนนใช้วิธีคำนวณช่วงพิสัยแบ่งความเหมาะสมของการปฏิบัติออกเป็น 3 ระดับ (อรวรรณ เกียรติกุลพงศ์, 2566) คือ ระดับสูง (60–75 คะแนน) ระดับปานกลาง (45–59 คะแนน) และระดับต่ำ (15–44 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามเพื่อให้มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นตามหลักวิชาการ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษจากโรงพยาบาลระนอง พร้อมด้วยผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) รายข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์การยอมรับ (มากกว่า 0.50) ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

2. การทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลกระบรี จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความชัดเจนของภาษาและความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติจริง

3. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยจำแนกตามลักษณะของแบบประเมิน ดังนี้ (1) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค วิเคราะห์ด้วยสูตร Kuder-Richardson (KR-20) พบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.617 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (2) ด้านการปฏิบัติ วิเคราะห์ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.752 ซึ่งอยู่ในระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่เป็นระบบ เริ่มจากการขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระนองเพื่อออกหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยอย่างเป็นทางการ พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดและแนวทางการดำเนินงานแก่หัวหน้าหน่วยงานในจุดบริการที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สมัครใจเข้าร่วมตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เมื่อสิ้นสุดกระบวนการ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุดก่อนนำไปประมวลผลและวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยดำเนินการนำข้อมูลที่ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วเข้าสู่กระบวนการประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วนหลัก ดังนี้

(1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics): ใช้เพื่ออธิบายลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยกระตุ้น ระดับความรู้ และระดับการปฏิบัติ โดยนำเสนอในรูปของจำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

(2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics): ใช้เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค โดยเลือกใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson

Correlation) สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ เพื่อตรวจสอบความเกี่ยวข้องกันของตัวแปรตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 52.72 และเพศชาย จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 47.28 โดยมีอายุเฉลี่ย 65.04 ปี (S.D. = 12.58) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 35.37 ด้านอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 47.28 รองลงมาคือเกษตรกรและรับจ้างทั่วไปในสัดส่วนที่เท่ากันคือร้อยละ 16.33 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในระดับพอใช้ถึงเหลือเก็บ ร้อยละ 74.83 และมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียน ร้อยละ 85.03 สำหรับข้อมูลทางคลินิก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหรือโรคร่วม ร้อยละ 64.63 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉลี่ยอยู่

ที่ 5-10 ปี ร้อยละ 69.39 และมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง (GOLD 2) สูงถึงร้อยละ 80.27 ด้านประวัติสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่เคยได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 73.81 และวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 56.12 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบเหนื่อย ร้อยละ 95.24 และมากกว่าครึ่งหนึ่งเคยมีประวัติพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 56.80 ในส่วนของปัจจัยเสี่ยงและสิ่งแวดล้อม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 62.59 ส่วนกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 37.41 นั้นปัจจุบันได้เลิกสูบแล้วถึงร้อยละ 79.09 อย่างไรก็ตาม ยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นในที่พักอาศัย โดยส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 68.71 และมีการจัดรูปภายในบ้านบ่อยครั้ง ร้อยละ 63.61 สำหรับการมาโรงพยาบาลในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาด้วยอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 62.59 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=294)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	139	47.3
หญิง	155	52.7
อายุ		
< 40 ปี	8	2.7
40-49 ปี	22	7.5
50-59 ปี	55	18.7
60-69 ปี	104	35.4
70-79 ปี	68	23.1
80 ปีขึ้นไป	37	12.6
(M=65.04, S.D.=12.581, Min=25, Max=95)		
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	139	47.3



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เกษตรกรรม	48	16.3
รับจ้างทั่วไป	48	16.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11	3.7
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	42	14.3
ข้าราชการ/ลูกจ้างของรัฐ	6	2.0
รายได้ (เฉลี่ยต่อเดือน)		
ไม่มีรายได้-ไม่พอใช้	74	25.2
พอใช้-เหลือเก็บ	220	74.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน-ประถมศึกษา	250	85.0
มัธยมศึกษา-อนุปริญญา	40	13.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	1.4
โรคประจำตัว (โรคร่วม)		
ไม่มี	104	35.4
มี	190	64.6
ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
< 5 ปี	53	18.0
5-10	204	69.4
11 ปี ขึ้นไป	37	12.6
ระดับความรุนแรงของโรค		
รุนแรงน้อย (GOLD 1)	36	12.2
รุนแรงปานกลาง (GOLD 2)	236	80.3
รุนแรงมาก (GOLD 3)	22	7.5
เคยมีประวัติเป็นโควิด		
ไม่มี	206	70.1
มี	88	29.9
เคยรับวัคซีนโควิด		
ไม่เคย	129	43.9
เคย	165	56.1
เคยมีอาการป่วยปอดบวม/ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ		
ไม่มี	225	76.5
มี	69	23.5

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคยรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่		
ไม่เคย	77	26.2
เคย	217	73.8
เคยมีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบเหนื่อย		
ไม่มี	14	4.8
มี	280	95.2
เคยมีประวัติมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่มี	127	43.2
มี	167	56.8
เคยสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	184	62.6
เคยสูบ	110	37.4
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ (110 คน)		
เลิกสูบบุหรี่	87	79.1
ยังคงสูบบุหรี่	23	20.9
มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่		
ไม่มี	92	31.3
มี	202	68.7
บริเวณรอบๆ บ้านหรือพื้นที่ใกล้เคียงมีการเผาไหม้ เช่น ขยะ ใบไม้		
ไม่มี	213	72.4
มี	81	27.6
ภายในบ้านของผู้ป่วยมีการจุดธูปบ่อยๆ		
ไม่มี	107	36.4
มี	187	63.6
ท่านมาโรงพยาบาลครั้งนี้ ด้วยอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน		
ไม่ใช่	110	37.4
ใช่	184	62.6

จากการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 294 ราย พบผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ใน ระดับสูง อย่างชัดเจน โดยมีจำนวนถึง 286 คน คิดเป็นร้อยละ 97.28 รองลงมาคือ

ระดับปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 2.04 และระดับต่ำเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.68 ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 9.59 คะแนน (S.D. = 0.79) จากคะแนน

เต็ม 10 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 4 คะแนน และ
คะแนนสูงสุดอยู่ที่ 10 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=294)

ระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (8-10 คะแนน)	286	97.3
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	6	2.0
ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	2	0.7
M=9.59, S.D.=0.787, Min=4, Max=10	294	100

จากการวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติในการจัดการโรคของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 294 ราย พบผลการศึกษาดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 279 คน คิดเป็นร้อยละ 94.90 รองลงมาคือระดับต่ำ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.42 และ

ระดับสูงเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.68 เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 51.33 คะแนน (S.D. = 3.79) โดยมีคะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 37 คะแนน และคะแนนสูงสุดอยู่ที่ 71 คะแนน จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=294)

ระดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (60-75)	2	0.7
ระดับปานกลาง (45-59)	279	94.9
ระดับต่ำ (15-44)	13	4.4
M=51.33, S.D.=0.3.789, Min=37, Max=71	294	100

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระนอง พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านหลักดังนี้

1. ด้านข้อมูลส่วนบุคคลและเศรษฐกิจสังคม
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 ได้แก่ อายุ ($\chi^2 = 6.32$, $p = 0.01$) โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันร้อยละ 67.86 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี (ร้อยละ 52.04) อาชีพ ($\chi^2 = 5.99$, $p = 0.01$) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงานมีอัตราการกำเริบสูงถึงร้อยละ 70.29 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ยังทำงานอยู่ (ร้อยละ 55.77) และ รายได้ ($\chi^2 = 6.51$, $p = 0.01$) โดยกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีอัตราการกำเริบสูงกว่า

กลุ่มที่มีรายได้พอใช้ (ร้อยละ 75.68 และ 62.60 ตามลำดับ)

2. ด้านปัจจัยทางคลินิกและประวัติการเจ็บป่วย: พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง ($p < 0.01$) คือ ประวัติการป่วยเป็นปอดบวมหรือภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ($\chi^2 = 18.97, p = 0.00$) โดยผู้ที่มีประวัติป่วยมีโอกาสเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันสูงถึงร้อยละ 85.51 ในขณะที่กลุ่มไม่มีประวัติมีเพียงร้อยละ 55.56 นอกจากนี้ ประวัติการพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ($\chi^2 = 19.14, p < 0.001$) ยังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มที่มีประวัติพ่นยา มีอัตราการกำเริบสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติอย่างชัดเจน (ร้อยละ 73.65 และ 48.03 ตามลำดับ) 3. ด้านพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม: พฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน

อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 4.65, p = 0.03$) โดยผู้ที่สูบบุหรี่มีอัตราการกำเริบเฉียบพลันร้อยละ 70.91 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 57.61) นอกจากนี้ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ($\chi^2 = 6.86, p = 0.01$) ยังส่งผลต่อการเกิดอาการกำเริบ โดยพบว่าผู้ป่วยที่พกอาศัยร่วมกับผู้สูบบุหรี่มีอัตราการกำเริบสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ (ร้อยละ 67.82 และ 51.09 ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยด้านเพศ, ระดับการศึกษา, การมีโรคประจำตัว, ระยะเวลาที่เป็นโรค, ประวัติการติดเชื้อโควิด-19, การได้รับวัคซีน (โควิด-19 และไข้หวัดใหญ่) รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอย่างการเผาขยะรอบบ้านและการจัดรูปภายในบ้าน ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ ($p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระนอง

ตัวแปร	อาการกำเริบเฉียบพลัน		χ^2	df	p
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เกิดอาการ	เกิดอาการ			
เพศ			0.015	1	0.903
ชาย	51 (36.7)	88 (63.3)			
หญิง	59 (38.1)	96 (61.9)			
อายุ			6.320	1	0.012*
<60 ปี	47 (48.0)	51 (52.0)			
60 ปีขึ้นไป	63 (32.1)	133 (67.9)			
อาชีพ			5.988	1	0.014*
ไม่ได้ทำงาน	41 (29.7)	97 (70.3)			
ทำงาน	69 (44.2)	87 (55.8)			
รายได้			6.509	1	0.011*
ไม่มีรายได้-ไม่พอใช้	18 (24.3)	56 (75.7)			

ตัวแปร	อาการกำเริบเฉียบพลัน		χ^2	df	p
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เกิดอาการ	เกิดอาการ			
พอใช้-เหลือเก็บ	92 (41.8)	128 (62.6)			
ระดับการศึกษา			0.000	1	0.989
ไม่ได้เรียน	32 (36.8)	55 (63.2)			
เรียน	78 (37.7)	129 (62.3)			
โรคประจำตัว			0.426	1	0.514
ไม่มี	42 (40.4)	62 (59.6)			
มี	68 (35.8)	122 (64.2)			
ระยะเวลาเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง			0.725	1	0.394
<10 ปี	99 (38.5)	158 (61.5)			
10 ปีขึ้นไป	11 (29.7)	26 (70.3)			
มีประวัติเป็นโควิด-19			0.141	1	0.708
ไม่มี	79 (38.3)	127 (61.7)			
มี	31 (35.2)	57 (64.8)			
มีประวัติป่วยปอดบวม/ปอดติดเชื้อ			18.972	1	<0.001**
ไม่มี	100 (44.4)	125 (55.6)			
มี	10 (14.5)	59 (85.5)			
เคยรับวัคซีนโควิด-19			0.003	1	0.955
ไม่เคย	49 (38.0)	80 (62.0)			
เคย	61 (37.0)	104 (63.0)			
เคยรับวัคซีนไขหวัดใหญ่			0.007	1	0.932
ไม่เคย	28 (36.4)	49 (63.6)			
เคย	82 (37.8)	135 (62.2)			
มีประวัติพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน 1 ปีที่ผ่านมา			19.144	1	<0.001**
ไม่มี	66 (52.0)	61 (48.0)			
มี	44 (26.3)	123 (73.7)			
สูบบุหรี่			4.648	1	0.031*
ไม่สูบ	78 (42.4)	106 (57.6)			
สูบ	32 (29.1)	78 (70.9)			
สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่			6.862	1	0.009*
ไม่สูบ	45 (48.9)	47 (51.1)			
สูบ	65 (32.2)	137 (67.8)			

ตัวแปร	อาการกำเริบเฉียบพลัน		χ^2	df	p
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เกิดอาการ	เกิดอาการ			
รอบๆ บ้านเผาไหม้ ขยะ ใบไม้			1.681	1	0.195
ไม่มี	85 (39.9)	128 (60.1)			
มี	25 (30.9)	56 (69.1)			
ในบ้านจุดธูปบ่อยๆ			0.784	1	0.376
ไม่มี	36 (33.6)	71 (66.4)			
มี	74 (39.6)	113 (60.4)			

อภิปรายผลการศึกษา

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลระนอง ตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ปัจจัยด้านประชากรและเศรษฐกิจสังคม ผลการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรพรรณ เกียรติกุลพงศ์ (2566), ศุภนิดา คำนิม (2567) และอุษา เอี่ยมล่อ และคณะ (2562) เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น สมรรถภาพทางกายและระบบภูมิคุ้มกันมักลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคได้ง่ายขึ้น ในส่วนของ อาชีพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 47.30) ซึ่งอาจสะท้อนถึงภาวะสุขภาพที่ไม่เอื้ออำนวยจนต้องหยุดทำงาน เช่นเดียวกับรายได้ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน โดยผู้ที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้ อาจประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่ารักษาพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพและคนใกล้ชิด การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบ

เฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ ปิยวรรณ กุลลัษณ์รัตน์ และคณะ (2560) และอุษา เอี่ยมล่อ และคณะ (2562) แม้จะขัดแย้งกับการศึกษาของ ศุภนิดา คำนิม (2567) และสมคิด ขำทอง และคณะ (2562) ที่พบว่าการสูบบุหรี่ไม่มีผลในการศึกษานั้นๆ นอกจากนี้ยังพบว่า การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งตอกย้ำว่าควันบุหรี่มือสองเป็นสิ่งกระตุ้นสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น

3. ปัจจัยทางคลินิกและสิ่งแวดล้อมประวัติการป่วยเป็นปอดบวมหรือปอดติดเชื้อ และ ประวัติการพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงในอดีตมีแนวโน้มที่จะกำเริบซ้ำได้สูง อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาพบว่า เพศ (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.70) และ การมีโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ อรรพรรณ เกียรติกุลพงศ์ (2566) และปิยวรรณ กุลลัษณ์รัตน์ และคณะ (2560) ที่พบความสัมพันธ์ในตัวแปรดังกล่าวสำหรับปัจจัยด้านมลพิษทางอากาศ เช่น การเผาขยะ/ใบไม้ หรือ การจุดธูปภายในบ้าน ในการศึกษาพบว่าไม่มี

ความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยการระบายอากาศในพื้นที่หรือความถี่ในการสัมผัสที่แตกต่างกันในแต่ละบริบทการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่พบว่า อายุ อาชีพ รายได้ ประวัติปอดอักเสบ ประวัติการพ่นยาฉุกเฉิน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

(1) การประเมินและดูแลแบบองค์รวม พยาบาลควรตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและปัจจัยสนับสนุนทางสังคม โดยต้องประเมินและวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการจัดการกลุ่มอาการ (Symptom Management) ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

(2) การจัดการปัจจัยกระตุ้น ควรจัดตั้งหน่วยงานหรือโปรแกรมให้ความรู้เชิงรุกเกี่ยวกับการ

ดูแลตนเองเมื่อเผชิญปัจจัยกระตุ้นอาการหายใจลำบาก เพื่อลดโอกาสการเกิดอาการกำเริบซ้ำ

(3) การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด พัฒนารูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมและโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary Rehabilitation) เพื่อชะลอความเสื่อมของสมรรถภาพปอดและลดความรุนแรงของโรคในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

(1) การศึกษาเชิงลึก ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในมิติที่หลากหลายมากขึ้น เช่น ปัจจัยด้านความเข้มแข็งทางจิตใจ หรือการจัดการตนเองในบริบทวัฒนธรรม

(2) การวิจัยเชิงพัฒนา ควรวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เน้นการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และการสร้างเครือข่ายดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อลดอัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำและลดความก้าวหน้าของโรคอย่างยั่งยืน

อ้างอิง

กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2566). รายงานประจำปี 2566. <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/4155620240314033823.pdf>

กนกวรรณ อนุศักดิ์, รัตนนุช มาชนะสารวุฒิ, โกคิน ศักรินทร์กุล, และ วิชุดา จิรพรเจริญ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาใช้บริการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลลำพูน. *วารสารกรมการแพทย์*, 46(4), 67–73.

ครูรุ่นใหม่. (2564). *ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม*. <https://www.krumaiiam.com/?p=1212>

ชมขวัญ แก้วพลางม, ณัฐวดี อินทแสน, ภาณุพงษ์ อุ้นเรือนงาม, และ ปาริชาติ นิยมทอง. (2565). ปัจจัยพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 30(1), 99–111.

- ฉัตรมงคล จินตนาประวาลี. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก ปี พ.ศ. 2565. <https://shorturl.asia/2wno5>
- ธีระภัทรา เอกผาชัยสวัสดิ์ และ ธีระภัทร กิจจารักษ์. (2565). แนวทางการพัฒนาผลงานทางวิชาการด้วยแนวคิดอนุกรมวิธานของบุญม. วารสาร Lawarath Social E-Journal, 4(1), 183–201.
- นภารัตน์ อมรพุฒิสถาพร. (ม.ป.ป.). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. <https://shorturl.asia/eobaG>
- ปิยะวรรณ กุลย์รัตน์, กมลพร มากภิรมย์, และ สุธฤทัย รัตนโอภาส. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบและมารักษาที่แผนกฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 3(2), 29–41.
- พัชร วงศ์ผื่น. (2560). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ: การประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE Framework. ใน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, ศาสตร์พระราชาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน: รวมบทความวิจัย บทความวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ประจำปี พ.ศ. 2560 (หน้า 345–358). <http://cmruir.cmru.ac.th/handle/123456789/1677>
- พิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ. (2552). การเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครนายก. ไทยเภสัชสาร, 3(1), 73–79.
- เพิ่มพูล บุญมี, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และ เขมวดี มาสิงบุญ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 24(2), 59–69.
- พรทิพย์ นูหนอง. (2567). ปัจจัยที่เป็นสาเหตุการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ในโรงพยาบาลนาบอน. วารสารวิชาการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข, 2(1), 29–46.
- โรงพยาบาลระนอง. (2567). ระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลระนอง.
- ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565.
- สมคิด ขำทอง, ปิ่นททัย ศุภเมธพร, และ ยุยงค์ จันทรวิจิตร. (2562). ปัจจัยทำนายการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร, 46(1), 126–136.
- สาธิต สุทธิวรรณ. (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร].
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. (2567). ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ประจำปี 2564–2566. <https://shorturl.asia/js9JA>
- อรรณณ เกียรติกุลพงศ์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกคนรักข่ปอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ. <https://shorturl.asia/g8H5i>



อัณณา พงศ์พันธ์, บรรณวิทย์ สภาพทรัพย์, ภูมิพัฒน์ ทองน้อย, และ อรรถกร อ่อนคำ. (2566). *การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตาม Gold Guideline 2023*. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

อุษา เอี่ยมละออ, เยาวเรศ สายสว่าง, ปิยะลักษณ์ ฉายสุวรรณ, และ อารีย์ โกพัฒนกิจ. (2562). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลอ่างทอง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 12(2), 240–252.

Bloom's Taxonomy of Learning. (ม.ป.ป.). <https://shorturl.asia/h5z6E>

ผลการใช้แนวทางการจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพก
ของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลระนอง

Effects of Discharge Planning program in Patients with
Hip Replacement at Ranong Hospital

เกศินี สำลีว่อง

Kasinee samleewong

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

(Received: September 29, 2025; Accepted: January 15, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหักในโรงพยาบาลระนอง เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล รวมถึงประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการใช้นโยบายดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 15 ราย และทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลตมยา และนักกายภาพบำบัด จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายที่ประยุกต์จากโรงพยาบาลศิริราช แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากใช้แนวทางการจำหน่าย ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 10.13 วัน (S.D. = 5.20) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 วัน (ร้อยละ 40.00) และพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คือ แผลกดทับ เพียงร้อยละ 6.70 ขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 93.30 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ สำหรับผลการประเมินในกลุ่มทีมสหวิชาชีพ พบว่าบุคลากรมีการปฏิบัติตามแนวทางและมีความคิดเห็นว่าแนวทางมีความเหมาะสมครบทุกคน (ร้อยละ 100.00) ภาพรวมความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการจำหน่ายอยู่ในระดับมาก ($M = 4.64$, $S.D. = 0.38$) โดยมีความพึงพอใจสูงสุดในประเด็นที่แนวทางดังกล่าวช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีระบบแบบแผนและเป็นขั้นตอน ($M = 4.74$) การนำแนวทางการจำหน่ายมาใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหัก โรงพยาบาลระนอง มีประสิทธิภาพในการช่วยจัดระบบการดูแลผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ควบคุมจำนวนวันนอน ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเป็นที่ยอมรับของทีมผู้ให้บริการ จึงควรนำแนวทางนี้ไปปฏิบัติใช้อย่างต่อเนื่องในหน่วยงาน และควรมีการทบทวนเพื่อติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพระยะยาวในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: แนวทางการจำหน่ายผู้ป่วย, ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหัก, ทีมสหวิชาชีพ

Abstract

This action research aimed to study the effectiveness of a discharge planning program for patients undergoing hip fracture surgery at Ranong Hospital, focusing on reducing postoperative complications and length of hospital stay (LOS), and to evaluate the satisfaction of the multidisciplinary team with the implementation of this program. A purposive sampling method was used to select 15 patients undergoing hip fracture surgery and 30 multidisciplinary team members, including physicians, registered nurses, nurse anesthetists, and physical therapists. The research instruments consisted of the discharge planning guidelines adapted from Siriraj Hospital, a patient data recording form, and a multidisciplinary team satisfaction questionnaire. The instruments were validated by experts for content validity and yielded a reliability coefficient of 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results revealed that after implementing the discharge planning program, the average length of stay for the patients was 10.13 days (S.D. = 5.20), with the majority staying between 6-10 days (40.00%). The incidence of postoperative complications, specifically pressure ulcers, was only 6.70%, while the vast majority of patients (93.30%) experienced no complications. Regarding the multidisciplinary team, 100.00% of the members adhered to the guidelines and agreed on their appropriateness. The overall satisfaction of the multidisciplinary team with the discharge planning program was at a high level ($M = 4.64$, $S.D. = 0.38$). The highest satisfaction score was given to the aspect that the guidelines facilitated systematic and step-by-step patient care ($M = 4.74$). In conclusion, the implementation of the discharge planning program for hip fracture patients at Ranong Hospital effectively standardized patient care, controlled the length of hospital stay, reduced complications, and was well-accepted by healthcare providers. Therefore, these guidelines should be continuously utilized in the department, and future research should focus on monitoring long-term health outcomes in the community.

Keywords : Discharge planning, Hip fracture patients, Multidisciplinary team

บทนำ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 10.70 ล้านคน (ร้อยละ 16.40 ของประชากรทั้งประเทศ) และมีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ในช่วงปี พ.ศ. 2567 ถึง 2570 ทั้งนี้ จากข้อมูลประชากรไทยในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 64.90 ล้านคน พบว่าเป็นผู้สูงอายุถึง 9.60 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 17.30 ล้านคน และสูงถึง 20.50 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2583 (มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ, 2559) ภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก นับเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพสำคัญที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อความเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ภาวะกระดูกข้อสะโพกหักถือเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าอุบัติการณ์ของกระดูกข้อสะโพกหักมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีสาเหตุหลักมาจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ และภาวะกระดูกพรุน ทั้งนี้ มีการคาดการณ์ว่าความชุกของภาวะกระดูกข้อสะโพกหักในประชากรโลกอาจสูงถึง 1.60 ล้านรายต่อปี ภายในปี พ.ศ. 2593 โดยพบมากทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทย แนวโน้มการเกิดกระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุสอดคล้องกับสถานการณ์ระดับโลก ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า อุบัติการณ์ของกระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุไทยอยู่ที่ประมาณ 150-200 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงมากกว่าเพศชายถึง 2-3 เท่า เนื่องจากภาวะกระดูกพรุนที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในวัยหมดประจำเดือน ขณะที่เพศชายแม้จะมีความชุกต่ำกว่า

แต่ก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ข้อมูลสถิติย้อนหลังของโรงพยาบาลระนอง พบว่ามีผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 85 ราย ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 116 ราย และปี พ.ศ. 2567 จำนวน 134 ราย ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงของภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก ได้แก่ อายุที่เพิ่มมากขึ้นซึ่งสัมพันธ์กับการลดลงของมวลกระดูกและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงขึ้น นอกจากนี้ เพศหญิงในวัยหมดประจำเดือนจะมีความเสี่ยงสูงเนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการรักษามวลกระดูก ส่งผลให้เกิดภาวะกระดูกพรุน กระดูกเปราะบางและแตกหักได้ง่าย ปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญประการสุดท้ายคือ การพลัดตกหกล้ม ซึ่งมักเกิดจากปัญหาการทรงตัวที่ไม่มั่นคงในผู้สูงอายุ ประกอบกับสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ผลกระทบจากภาวะกระดูกข้อสะโพกหักครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ คุณภาพชีวิต และความสามารถในการปฏิบัติงานประจำวัน การรักษาส่วนใหญ่มักต้องอาศัยการผ่าตัดร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาและทรัพยากรทางการแพทย์จำนวนมาก ยิ่งไปกว่านั้น ภาวะดังกล่าวยังส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 20.00 - 30.00 ในปีแรกหลังได้รับการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ได้แก่ ความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถกลับมาเดินหรือทำกิจกรรมได้ตามปกติ ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะผู้ป่วยติดเตียง ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous Thromboembolism) ซึ่งเกิดจากการจำกัดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ภาวะการติดเชื้อต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การติดเชื้อในระบบ

ทางเดินปัสสาวะอันเป็นผลมาจากการนอนติดเตียง การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและการเกิดภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) รวมถึงการเกิดแผลกดทับจากการนอนทับจุดเดิมเป็นเวลานาน ซึ่งอาจลุกลามจนนำไปสู่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (ยูทศาสตร์และแผนงาน, กระทรวงสาธารณสุข)

จากการทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักของโรงพยาบาลระนอง พบว่า สาเหตุหลักของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากการขาดระบบการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และขาดการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การเกิดแผลกดทับ และการติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะ นอกจากนี้ กระบวนการฟื้นฟูและการดูแลอย่างครอบคลุมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นระบบและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จากสภาพปัญหาที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหักของโรงพยาบาลศิริราช มาประยุกต์ใช้ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลระนอง ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปในแนวทาง

เดียวกัน และเพื่อพัฒนาเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

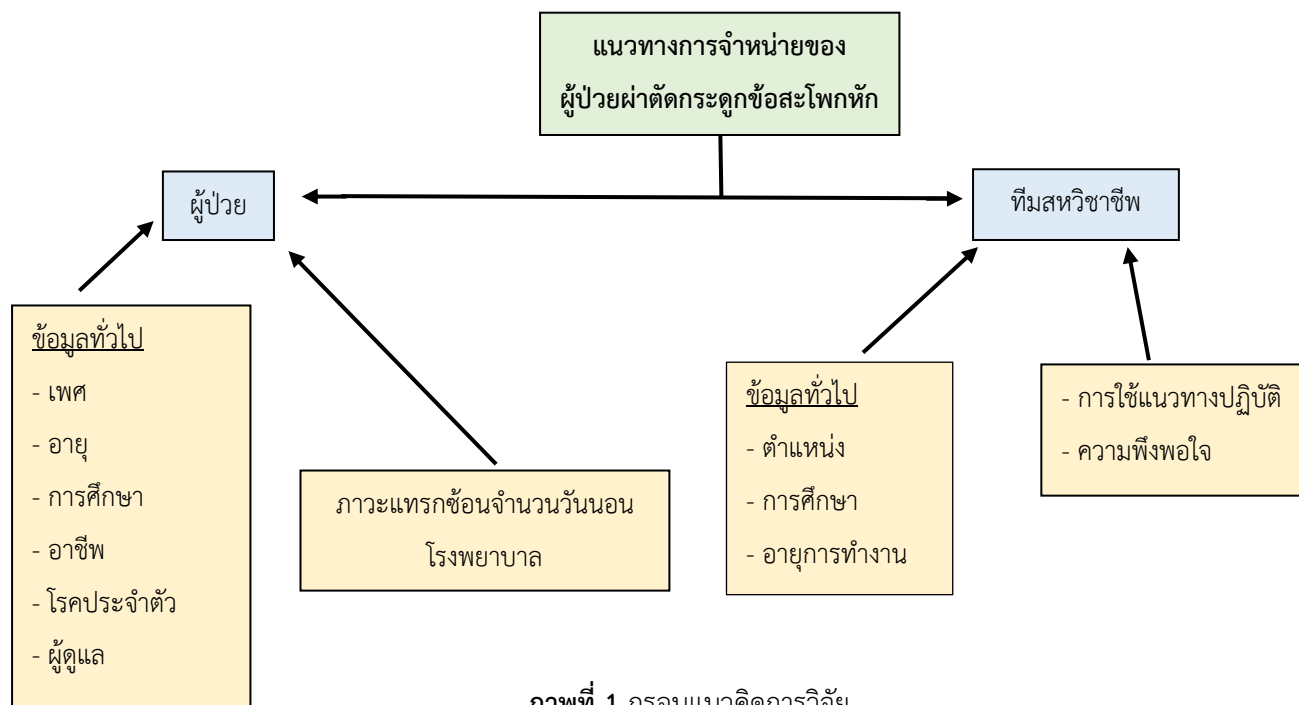
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวทางการจำหน่ายเพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหักในโรงพยาบาลระนอง
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แผนจำหน่ายในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหักในโรงพยาบาลระนอง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยโครงการได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระนอง (เลขที่ COA_RNH.EC. 017/2568 รับรองเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2567) ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียด พร้อมทั้งยืนยันสิทธิในการปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการหรือการรักษาพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลระนองในช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 - เดือนมกราคม 2568 โดยมีผู้ให้บริการโรงพยาบาลระนอง แบ่งเป็น พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมชาย พิเศษ 4 พิเศษ 5 จำนวน 25 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน แพทย์ 3 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลระนอง และทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลระนอง แบ่งเป็น พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมชาย พิเศษ 4 พิเศษ 5 จำนวน 25 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน แพทย์ 3 คน การ

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของ Cochran เนื่องจากยังไม่ทราบกลุ่มตัวอย่างที่แน่นอนแบบ Infinite population proportion จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 27 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ (1) ได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกข้อสะโพกหักและเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในโรงพยาบาลระนอง (2) ยินดีให้ความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา สับสนอย่างรุนแรง หรือมีปัญหาทางการสื่อสารที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือทำความเข้าใจแผนการดูแลได้ (2) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรือต้องย้ายไปรักษาต่อ (Refer)

ที่โรงพยาบาลอื่นก่อนได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน

(3) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการเข้ารับการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองหรือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลศิริราชมาประยุกต์และปรับใช้ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลระนอง

2. สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ส่วนแรกเป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบและแบบเติมคำในช่องว่าง ซึ่งครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัว ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนที่พบ

ส่วนที่สองเป็นแบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการจำหน่ายของทีมสหวิชาชีพ (ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด) รวมทั้งสิ้น 13 ข้อ ซึ่งแบ่งรายละเอียดออกเป็น 2 ด้านย่อย ได้แก่ ด้านที่หนึ่ง เป็นแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการจำหน่ายของทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ซึ่งเป็นรูปแบบการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Interval Scale) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5 คะแนน หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด (ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความจริงมากที่สุด) ลดหลั่นลงไปจนถึง 1 คะแนน ซึ่งหมายถึงพึงพอใจน้อยที่สุด แบบประเมินในส่วนนี้มีคะแนนเต็ม 50

คะแนน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1 ทั้งนี้ การแปลผลคะแนนภาพรวมจะพิจารณาจากค่าคะแนนต่ำสุดและสูงสุด โดยใช้สูตรของ Best (1970) ในการคำนวณหาความกว้างของอันตรภาคชั้น

แบ่งเกณฑ์การประเมินภาพรวมออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก (ช่วงคะแนน 3.67 – 5.00) ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 2.34 – 3.66) และระดับน้อย (ช่วงคะแนน 1.00 – 2.33) ด้านที่สอง เป็นแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการจำหน่ายในมุมมองของผู้ให้บริการ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบประเมินปลายปิดที่ให้ประเมินระหว่างการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ พร้อมทั้งมีระดับการแสดงความคิดเห็น 3 ระดับ ได้แก่ เหมาะสม ไม่เหมาะสม และไม่แน่ใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักของโรงพยาบาลศิริราช มาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลระนอง และดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ พยาบาลเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ และนักกายภาพบำบัด จากนั้นได้รวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แล้วจึงนำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหา จึงนำไปใช้ในการศึกษาวิจัย

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มบุคคลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน จากนั้นนำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบการให้

คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และ KR-20 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (ในด้านเจตคติ) มีค่าเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลระนอง ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกข้อสะโพกหัก และได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลระนองระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า
2. ใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปที่ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา โรคประจำตัว และผู้ดูแลหลัก (Caregiver)
3. ใช้แบบแผนแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีแพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัดที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกลงในแผนจำหน่ายตามหัวข้อที่ตนเองมีส่วนเกี่ยวข้อง
4. ให้ผู้ใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายดังกล่าว
5. เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลในแต่ละราย จะนำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหักในโรงพยาบาลระนอง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล รวมถึงประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการใช้นโยบายดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ ซึ่งสามารถแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อน

ชุดที่ 2 ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการจำหน่าย ส่วนที่ 3 แผนการจำหน่ายผู้ป่วย

1. ข้อมูลชุดที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 86.70) และเพศชาย จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 13.30) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 71.93 ปี (S.D. = 11.45) ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 70 - 79 ปี จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 46.67) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 26.66) และกลุ่มอายุต่ำกว่า 60 ปี จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 20.00) ตามลำดับ ด้านข้อมูลเศรษฐกิจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาและสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาในสัดส่วนที่เท่ากันคือ จำนวนกลุ่มละ 6 ราย (ร้อยละ

40.00) รองลงมาคือระดับปริญญาตรี จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 13.30) สำหรับประวัติการทำงานพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 86.70) ในขณะที่อีก 2 ราย (ร้อยละ 13.30) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ด้านข้อมูลสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 66.70) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 46.70) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 26.70) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกราย (ร้อยละ 100.00) มีผู้ดูแล โดยผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตรหรือหลาน จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 73.30) รองลงมาคือคู่

สมรสและบิดามารดาในสัดส่วนที่เท่ากันคือ จำนวนกลุ่มละ 2 ราย (ร้อยละ 13.30)

ด้านประวัติการเข้ารับการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 10.13 วัน (S.D. = 5.20) โดยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาพักรักษาตัว 6 - 10 วัน จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือ 11 - 15 วัน จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 26.66) และเมื่อพิจารณาด้านภาวะแทรกซ้อนที่พบภายหลังการผ่าตัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 93.30) โดยมีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 6.70) ที่พบภาวะแทรกซ้อนในลักษณะของการเกิดแผลกดทับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=15)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	13.3
หญิง	13	86.7
อายุ (ปี)		
<60	3	20
60 – 69	1	6.67
70 – 79	7	46.67
≥80	4	26.66
M=71.93, S.D.=11.45		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	6	40
ประถมศึกษา	6	40
มัธยมศึกษา/ปวช.	1	6.7
ปริญญาตรี	2	13.3
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	2	13.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	86.7
โรคประจำตัว		
ไม่มี	5	33.3

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มี	10	66.7
-เบาหวาน	4	26.7
-ความดันโลหิตสูง	7	46.7
-ไขมันในเลือดสูง	2	13.3
-โรคหัวใจ	2	13.3
-อื่นๆ	3	20
ผู้ป่วยมีผู้ดูแล	15	100
-เป็นคู่สมรส	2	13.3
-เป็นบุตร/หลาน	11	73.3
-เป็นบิดามารดา	2	13.3
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน)		
1 – 5	3	20
6 – 10	6	40
11 - 15	4	26.66
≥16	2	13.34
M=10.13, S.D. = 5.2		
ภาวะแทรกซ้อนที่พบ		
ไม่พบ	14	93.3
พบเป็นแผลกดทับ	1	6.7

2. ข้อมูลชุดที่ 2

ข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพที่ใช้แนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก จำนวนทั้งสิ้น 30 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.00) รองลงมาคือ พยาบาลตมยา จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.33) แพทย์ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.00) และนักกายภาพบำบัด จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.67) ตามลำดับ ด้านอายุการทำงาน พบว่าทีมสหวิชาชีพมีอายุการทำงานเฉลี่ย 14.93 ปี (S.D. = 11.23) โดยส่วนใหญ่มี

ประสบการณ์หรืออายุการทำงานอยู่ในช่วง 1 – 10 ปี จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.33) รองลงมาคือ ช่วง 21 – 30 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.33) ช่วง 31 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.34) และช่วง 11 – 20 ปี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.00) ตามลำดับ

ด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 28 คน (ร้อยละ 93.33) และมีผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.67) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของทีมสหวิชาชีพแนวทางการจำหน่ายในผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพ	21	70
แพทย์	3	10
พยาบาลตมยา	4	13.3
นักกายภาพ	2	6.7
อายุการทำงาน(ปี)		
1 – 10	16	53.33
11 – 20	3	10
21 – 30	7	23.33
≥31	4	13.34
M=14.93, S.D.=11.23		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	28	93.3
ปริญญาโท	2	6.7

3. ความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางการจำหน่าย

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหัก โรงพยาบาลระนอง อยู่ในระดับมาก (M = 4.64) เมื่อ

พิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแนวทางการจำหน่ายในระดับมาก โดยข้อที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจสูงสุดคือ การใช้แผนจำหน่ายสามารถทำให้การดูแลผู้ป่วยมีระบบแบบแผนและเป็นขั้นตอน (M = 4.74) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก

ลำดับ	ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
1.	การใช้แผนจำหน่ายทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความครอบคลุมมากขึ้น	4.66	0.47	มาก
2.	การใช้แผนจำหน่ายทำให้สะดวกและง่ายแก่การลงข้อมูล	4.66	0.47	มาก
3.	การใช้แผนจำหน่ายสามารถเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยของแต่ละทีมสหวิชาชีพได้สะดวกขึ้น	4.70	0.46	มาก

ลำดับ	ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับความพึง พอใจ
4.	การใช้แผนจำหน่ายสามารถทำให้ช่วยลดระยะเวลาการนอน โรงพยาบาลของผู้ป่วยได้	4.46	0.57	มาก
5.	การใช้แผนจำหน่ายสามารถทำให้การดูแลผู้ป่วยมีระบบแบบ แผนเป็นขั้นตอนมากยิ่งขึ้น	4.74	0.44	มาก
6.	การใช้แผนการจำหน่ายเหมาะสมกับการใช้ในหน่วยงาน	4.73	0.44	มาก
7.	การใช้แผนจำหน่ายสามารถช่วยเพิ่มความรู้และทักษะในการ ดูแลผู้ป่วยให้ทีมสหวิชาชีพ	4.7	0.46	มาก
8.	แผนการจำหน่ายสามารถระบุการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันที่ ชัดเจน	4.7	0.46	มาก
9.	การใช้แผนจำหน่ายมีส่วนช่วยให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน	4.46	0.57	มาก
10.	แผนการจำหน่ายช่วยป้องกันความคลาดเคลื่อนของการสื่อสาร ในแต่ละทีมสหวิชาชีพ	4.63	0.55	มาก
รวม		4.64	0.377	มาก

4. การปฏิบัติตามแนวทางจำหน่ายผู้ป่วย กระดูกข้อสะโพกหัก

ทีมสหวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางการ
จำหน่ายในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดกระดูก

ข้อสะโพกหักในโรงพยาบาลระนอง ครบทุกคน คิดเป็น
ร้อยละ 100.00 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของทีมสหวิชาชีพแนวทางจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก จำแนกตามการปฏิบัติรายชื่อ

ข้อที่	การปฏิบัติตามแนวทางจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก	ร้อยละ การปฏิบัติ
1.	ประเมินหลังผ่าตัด	100.00
2.	ประเมินอาการรบกวน	100.00
3.	ประเมินการดูแลต่อเนื่อง	100.00

5. ความเหมาะสมของการใช้แนวทาง จำหน่ายผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก

ทีมสหวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อแนวทางการ
จำหน่ายในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดกระดูก
ข้อสะโพกหัก โรงพยาบาลระนอง ว่ามีความเหมาะสม

ครบทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ดังรายละเอียดที่
แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละของความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ จำแนกตามความเหมาะสม ตามความคิดเห็นรายข้อ

ข้อที่	การปฏิบัติตามแนวทางจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก	ระดับความคิดเห็นเหมาะสม
1.	ประเมินหลังผ่าตัด	100.00
2.	ประเมินอาการรบกวน	100.00
3.	ประเมินการดูแลต่อเนื่อง	100.00

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาการใช้แนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหัก โรงพยาบาลระนอง พบว่า ภายหลังการใช้แนวทางดังกล่าว ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 40.00) และพบภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดแผลกดทับเพียงร้อยละ 6.70 โดยกระบวนการวิจัยได้นำแผนการจำหน่ายไปให้ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และพยาบาลดมยา จำนวน 30 คน นำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ผลการประเมินพบว่า ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้แผนการจำหน่ายในระดับมาก โดยระบุว่าแผนดังกล่าวช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีระบบและเป็นขั้นตอน ($M = 4.74$) มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในหน่วยงานระดับมาก ($M = 4.73$) และมีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของแผนการจำหน่ายในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 5.00$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพิน นามผา (2566) ที่ได้ทำการวิจัยเรื่องผลของการใช้โปรแกรมจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.00) อายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 40.00) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.30) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.30) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 53.30) มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 53.30) มีโรคประจำตัว

(ร้อยละ 73.30) ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทั้งข้อ (Total hip replacement) (ร้อยละ 100.00) มีผู้ดูแลหลักคือคู่สมรส (ร้อยละ 60.00) และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลไม่เกิน 7 วัน (ร้อยละ 53.30) นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.977, p < .001$)

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อังคณา ดอนไพรคำ และหัตถดาว กล้าหาญ (2567) ที่ได้ศึกษาเรื่องการใช้แนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งพบว่าเกิดการเกิดภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อย่างไรก็ตาม การเกิดแผลกดทับและข้อสะโพกหลุด ไม่ว่าจะได้รับการพยาบาลตามปกติหรือใช้แนวปฏิบัติกรพยาบาลฯ กลับพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างเคร่งครัด ประกอบกับอาจมีปัจจัยเสริมอื่นในตัวผู้ป่วยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ เช่น มีรูปร่างผอม ผิวหนังบาง ขาดน้ำ ขาดสารอาหาร หรือมีลักษณะปุ่มกระดูกนูน ส่วนในด้านการเกิดข้อสะโพกหลุดนั้น การที่เทคโนโลยีมีความทันสมัย แพทย์มีความเชี่ยวชาญ และเทคนิคการผ่าตัดมีวิวัฒนาการสูงขึ้น ล้วนเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะข้อหลุดหลัง

การผ่าตัด จึงสรุปได้ว่า การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มีความสำคัญในการช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ และข้อสะโพกหลุด เพื่อให้เกิดคุณภาพมาตรฐานทางการพยาบาล ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด

ประเด็นดังกล่าวยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร ลวงะสกล (2021) ที่ได้ทำการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดจอประสาทตาและน้ำวุ้นตา หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รวมทั้งมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในภาพรวมอยู่ในระดับมาก

ท้ายนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญภรณ์ ก้อนจันตะ (2567) ที่ทำการวิจัยเรื่อง ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย โรงพยาบาลหนองไผ่ ซึ่งพบว่ามีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.07$, $S.D. = 0.33$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ด้านประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติในโปรแกรม (สามารถแก้ปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.18$, $S.D. = 0.45$) รองลงมาคือ ด้านความเป็นไปได้ ความง่ายและสะดวกในการนำแนวปฏิบัติไปใช้เป็นแนวทางในหน่วยงาน ($M = 4.11$, $S.D. = 0.38$) ด้านความชัดเจนของข้อเสนอแนะแนวทางปฏิบัติที่เน้นให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ($M = 4.08$, $S.D. = 0.42$) และด้านความประหยัด ซึ่งช่วยให้หน่วยงานลด

ต้นทุนทั้งกำลังคน เวลา และงบประมาณ ($M = 3.76$, $S.D. = 0.63$) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

(1) ทีมสหวิชาชีพควรนำแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาโดยการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหัก โรงพยาบาลระนอง ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีระบบแบบแผนและเป็นขั้นตอน มีความครอบคลุม ตลอดจนมีความสะดวกและง่ายต่อการบันทึกข้อมูลของผู้ให้บริการ

(2) ทีมสหวิชาชีพควรพิจารณาพัฒนาหรือเพิ่มเติมแนวปฏิบัติในแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาโดยการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหัก โรงพยาบาลระนอง ให้มีความครอบคลุมบริบทการดูแลมากยิ่งขึ้น เพื่อมุ่งเน้นการลดภาวะแทรกซ้อนและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

(1) ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยออกแบบให้มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ (เช่น ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล) ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการจำหน่ายที่พัฒนาขึ้น กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Control Group) เพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าวให้มีความน่าเชื่อถือและมีน้ำหนักทางสถิติมากยิ่งขึ้น

(2) ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาวภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน (Long-term Follow-up) เช่น การติดตามประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) คุณภาพชีวิต หรืออัตราการกลับมา

รักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Readmission Rate) ภายใน

ระยะเวลา 1 เดือน หรือ 3 เดือน เพื่อประเมินความ

ยั่งยืนของแผนการจำหน่ายต่อการดูแลตนเองที่บ้าน

อ้างอิง

- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2538). ผลของการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วย และความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เนาวรัตน์ ขจรวัฒนาภัก. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยข้อสะโพกหักแบบปิดที่ได้รับการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก หอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย [เอกสารวิชาการ]. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.
- พองคำ ทิลกสกุลชัย. (2553). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 6). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัฐพล ประดับเวทย์. (2560). แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีตามแนวคิดอนุกรมวิธานของบลูม. *Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 10(3), 1051-1065.
- วรรณ ประสารอริคม, ธัญย์ สุภัทรพันธ์, และ หทัยกร กิตติมานนท์. (2558). การวิเคราะห์จำนวนวันนอน ค่าเสียโอกาส และคุณภาพการดูแลในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. *วารสารการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย*, 2, 16-24. <https://hdl.handle.net/20.500.14594/2829>
- วิวัฒน์ ชัตติยะมาน, และ ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. การปรับปรุงจุดมุ่งหมายทางการศึกษาของบลูม (*Revised Bloom's Taxonomy*). <http://www.watpon.com/th/mod/page/view.php?id=12>
- ศิริพร ลวงะสกล. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดข้อสะโพกและน้ำไขสันหลัง หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏ*, 8(11), 272-285.
- ศิริรัตน์ สงวนเชื้อ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน กับความพร้อมในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมศรี พิริยาสัยสันติ, และ เพ็ญจันทร์ วันแสน. (2554). ผลการใช้แผนการดูแลในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารการแพทย์ สุรินทร์ ศิริเกษ บัณฑิต*, 26(2).
- สิริสุดา ขาวคำเขต. (2541). การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เสาวภา อินผา. (2550). โปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศิริราช [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยมหิดล.



อังคณา ดอนไพระคำ, และ ทัดดาว กล้าหาญ. (2567). การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก
เทียมต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยพิเศษ 4 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก [รายงานการ
วิจัย]. โรงพยาบาลพุทธชินราช.

Best, J. W. (1970). *Research in education*. Prentice-Hall.

การพัฒนาแบบการป้องกันสิ่งคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัยของเกษตรกร ผู้ปลูกเห็ดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

Developing a Model for Preventing Threats to the Health and Safety of Mushroom Farmers through Community Participation

สมศักดิ์ อินทมาต¹ ดาวประกาย หน้างาม¹ วริศรา รักษาภักดี² สุจิตรา พงศ์วงประเสริฐ²

¹นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

²นักสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

(Received: January 22, 2026; Accepted: March 15, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการป้องกันสิ่งคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัยของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเปรียบเทียบความรู้ในการทำงาน การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจและพฤติกรรมป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงาน ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ เกษตรกรผู้ปลูกเห็ดบ้านดงคราม ตำบลธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 36 ราย และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยเครื่องมือสำหรับพัฒนาแบบและเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงพฤษภาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired Samples t-test

ผลการศึกษาพบว่าแบบการป้องกันสิ่งคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัยของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจัดตั้งคณะกรรมการด้านสุขภาพและความปลอดภัย 2) การระบุความเสี่ยงและออกแบบแนวทางแก้ไขร่วมกัน 3) การพัฒนาศักยภาพผ่านการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 4) การสร้างกลไกเฝ้าระวังสุขภาพ 5) การเฝ้าระวังและรายงานภาวะสุขภาพการทำงาน 6) การสนับสนุนจากภาครัฐและเครือข่าย 7) การขับเคลื่อนนโยบายเชิงชุมชน และ 8) การทบทวนและปรับปรุงมาตรการป้องกันเป็นประจำ หลังนำรูปแบบไปทดลองใช้ พบว่าเกษตรกรมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการทำงานเพิ่มขึ้นจาก 7.86 เป็น 13.91 คะแนน ($t = 15.85, p < .05$) คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริหารการหายใจเพิ่มขึ้นจาก 35.77 เป็น 67.00 คะแนน ($t = 74.01, p < .05$) และคะแนนพฤติกรรมป้องกันตนเองเพิ่มขึ้นจาก 52.52 เป็น 82.97 คะแนน ($t = 31.69, p < .05$) การพัฒนาแบบโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเพิ่มความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมป้องกันตนเองของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การป้องกันสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ, เกษตรกรผู้ปลูกเห็ด, การมีส่วนร่วมของชุมชน, อาชีวอนามัย

Abstract

This research and development study aimed to develop a community-based participatory model for preventing health and safety threats among mushroom farmers, and to compare work-related knowledge, perceived self-efficacy in respiratory management, and self-protective behaviors before and after implementing the model. The sample consisted of two groups: 36 mushroom farmers from Ban Dongkhram, That Phanom District, Nakhon Phanom Province, and 25 stakeholders from related networks. Research instruments included qualitative tools for model development and quantitative tools for outcome evaluation. The study was conducted from November 2024 to May 2025. Qualitative data were analyzed using content analysis, and quantitative data were analyzed using descriptive statistics and a Paired Samples t-test.

The results revealed that the prevention model comprised eight components: 1) establishment of a health and safety committee, 2) risk identification and collaborative solution design, 3) capacity building through participatory learning, 4) health surveillance mechanism development, 5) occupational health monitoring and reporting, 6) government and network support, 7) community-level policy advocacy, and 8) regular review and improvement of prevention measures. After implementing the model, farmers showed statistically significant increases in mean knowledge scores (7.86 to 13.91; $t = 15.85$, $p < .05$), perceived self-efficacy in respiratory management (35.77 to 67.00; $t = 74.01$, $p < .05$), and self-protective behaviors (52.52 to 82.97; $t = 31.69$, $p < .05$). The community-based participatory approach effectively improved knowledge, self-efficacy, and self-protective behaviors among mushroom farmers.

Keywords : Prevention of Health Threats, Mushroom Farmers, Community Participation, Occupational Health

บทนำ

เกษตรกรผู้เพาะเห็ดเห็ดพิษปัจจัยคุกคามทางสุขภาพหลายประการตลอดวงจรการผลิต เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมวัสดุเพาะ การผลิตก้อนเชื้อ การบ่มเชื้อ การกระตุ้นการออกดอก ตลอดจนการเก็บเกี่ยวและบรรจุผลิตภัณฑ์ ปัจจัยเสี่ยงหลักจำแนกได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ คือ การปฏิบัติงานในโรงเรือนที่มีความชื้นสัมพัทธ์สูง (ร้อยละ 70.00–90.00) และอุณหภูมิระหว่าง 20–35 องศาเซลเซียสต่อเนื่องเป็นเวลานาน ด้านเคมี คือ การสัมผัสฝุ่นละอองจากวัสดุเพาะ ปูนขาว ยิปซัม และสารปรับปรุงสภาพอื่น ๆ และด้านชีวภาพ คือ การสูดดมสปอร์เห็ดและเชื้อราในอากาศปริมาณสูง ซึ่งอาจก่อให้เกิดโรคมะเร็งและภาวะปอดอักเสบจากภูมิแพ้ (ปัทมาพร บัวแดง, 2560; Tanaka et al., 2002) นอกจากนี้ ลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติในท่าทางซ้ำซาก การยกวัสดุหนัก และการก้มเงยในพื้นที่จำกัด ยังส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับสถิติระดับประเทศที่ระบุถึงอัตราการบาดเจ็บและอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566ก; 2566ข) ปัจจัยคุกคามดังกล่าวมีนัยสำคัญทั้งในมิติด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ เนื่องจากอุตสาหกรรมการผลิตเห็ดในประเทศไทยมีปริมาณผลผลิตประมาณ 150,000 ตันต่อปี คิดเป็นมูลค่ากว่า 9,000 ล้านบาท (สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ [สวทช.], 2566) และมีแนวโน้มขยายตัวอย่างต่อเนื่องตามกระแสการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (สาคร ชินวงศ์ และนพลสิทธิ์ ล่องจ้ำ, 2566)

สำหรับการศึกษากรณีพื้นที่บ้านดงคราม ตำบลธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม กลุ่มเกษตรกรผู้เพาะเห็ดได้รวมกลุ่มดำเนินกิจกรรมมาตั้งแต่ พ.ศ. 2542 ปัจจุบันมีสมาชิก 36 คน โดยมีกิจกรรมหลักคือการเพาะเห็ดนางฟ้าและเห็ดขอนขาว จากการสำรวจปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานและสภาวะสุขภาพในปัจจุบันประมาณ 2566 พบประเด็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ การสัมผัสฝุ่นเชื้อเห็ด ทำางการทำงานที่ไม่สอดคล้องกับหลักการยศาสตร์ การปฏิบัติงานในพื้นที่จำกัดและสภาพอากาศร้อน โดยอาการที่พบเด่นชัดคืออาการปวดบริเวณคอ บ่า ไหล่ หลังส่วนล่าง และอาการไอ (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม, 2566) ปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน และคุณภาพชีวิตของเกษตรกรเท่านั้น แต่ยังอาจส่งผลกระทบต่อประชาชนในชุมชนใกล้เคียง เนื่องจากกระบวนการผลิตมักดำเนินการในบริเวณที่พักอาศัย ซึ่งเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของฝุ่นละอองจากขั้นตอนการเตรียมก้อนเชื้อ การจัดการความเสี่ยงจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายและชุมชน เพื่อกำหนดมาตรการที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง แม้ที่ผ่านมาจะมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบหรือมาตรการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงานในกลุ่มอาชีพต่าง ๆ และพบว่าสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ขจรศักดิ์ ผิวเกลี้ยง และพรสุข หุ่นรินทร์, 2565; ฉันทนา จันทวงศ์ และคณะ, 2559; จงรัก สุวรรณรัตน์ และธณกร ปัญญาโสโสภณ, 2565) ทว่าในบริบทการเพาะเห็ดของชุมชนบ้านดงครามยังขาดรูปแบบการป้องกันที่เป็นระบบและยั่งยืน ซึ่งสามารถเชื่อมโยงแนวทางการจัดการความเสี่ยงเข้ากับการ

เสริมสร้างศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาแบบการป้องกันปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัยของเกษตรกรผู้เพาะเห็ดโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมีความสำคัญยิ่ง ทั้งนี้ เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ และสนับสนุนการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของเกษตรกรผู้เพาะเห็ดอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบการป้องกันสิ่งคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัยของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการทำงาน การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจ และพฤติกรรมการป้องกันตัวเองขณะปฏิบัติงานของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ด ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงพฤษภาคม 2568 แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การทำงานผลกระทบต่อสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันสิ่งคุกคามจากการทำงานของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ด ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการป้องกันสิ่งคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัยของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดโดยการมีส่วนร่วม

ร่วมของชุมชน ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปทดลองใช้และปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงาน และระยะที่ 4 ประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองใช้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เกษตรกรผู้ปลูกเห็ดบ้านดงคราม ตำบลธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 36 ราย ใช้วิธีสำรวจทั้งประชากร (Census) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุ 20-60 ปี มีประสบการณ์เพาะเห็ดไม่น้อยกว่า 1 ปี สื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ เจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างดำเนินการศึกษา หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

กลุ่มที่ 2 เครือข่ายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จำนวน 25 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 คน เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลธาตุพนม 2 คน ผู้นำชุมชน 3 คน เกษตรอำเภอ 2 คน และตัวแทนเกษตรกร 9 คน โดยมีบทบาทในการวิเคราะห์สถานการณ์ (ระยะที่ 1) ร่วมพัฒนาและตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ (ระยะที่ 2) และสนับสนุนการดำเนินงานระหว่างทดลองใช้ (ระยะที่ 3)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือสำหรับดำเนินการพัฒนารูปแบบ และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับดำเนินการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 1.1) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guide) ครอบคลุมประเด็นสถานการณ์การทำงาน สิ่งคุกคามต่อสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกัน และความต้องการของเกษตรกรและเครือข่าย 1.2) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guide) เพื่อระดมความคิดเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและบทบาทของภาคีเครือข่าย และ 1.3) แบบสังเกตพฤติกรรมการทำงาน (Observation form) สำหรับบันทึกพฤติกรรมการทำงานของเกษตรกรผู้เพาะเห็ดและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายในกระบวนการพัฒนารูปแบบ

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาประกอบอาชีพเพาะเห็ด ระยะเวลาในการผลิตก่อนเห็ด และระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงเรือนเพาะเห็ดต่อวัน

2.2 แบบประเมินความรู้ในการทำงานของเกษตรกรผู้เพาะเห็ด (Knowledge Test) จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่) ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการเพาะเห็ด หลักการป้องกันตนเอง และการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 15 คะแนน แปลผลโดยคะแนนที่สูงหมายถึงความรู้ในระดับสูง

2.3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริหารการหายใจ (Self-Efficacy Scale) จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5

ระดับ ตั้งแต่ 0 (ทำไม่ได้แน่นอน) ถึง 4 (ทำได้แน่นอน) ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความมั่นใจในการปฏิบัติตามหลักการบริหารการหายใจ การใช้หน้ากากกรองฝุ่น และการจัดการเมื่อเกิดอาการผิดปกติทางระบบทางเดินหายใจ รวมคะแนนเต็ม 60 คะแนน โดยคำนวณเป็นค่าเฉลี่ย ต่อข้อ (0.00–4.00 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย ที่สูงแสดงถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง

2.4 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงาน (Self-Protective Behavior Scale) จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ (5) บ่อยครั้ง (4) บางครั้ง (3) นาน ๆ ครั้ง (2) และไม่เคย (1) ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การจัดทำการทำงาน การดูแลความสะอาดร่างกายหลังปฏิบัติงาน และการจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรือน ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยข้อคำถามเชิงลบกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนย้อนกลับ รวมคะแนนเต็ม 100 คะแนน คำนวณเป็นค่าเฉลี่ย ต่อข้อ (1.00–5.00 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย ที่สูงแสดงถึงพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป จากนั้นนำเครื่องมือที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์ค่าความ

เชื่อมั่น ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบประเมินความรู้ในการทำงานมีค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-20 เท่ากับ 0.96 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริหารการหายใจมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.97 และแบบประเมินพฤติกรรมกำป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงานมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และข้อมูลเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพของเกษตรกรผู้เพาะเห็ด จากนั้นศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาในพื้นที่โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเกษตรกรและภาคีเครือข่ายผ่านการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation) แล้วจัดประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายและตัวแทนชุมชนเพื่อสังเคราะห์ข้อมูล ระบุงประเด็นปัญหา สาเหตุ และแนวทางการพัฒนาในระยะต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์จากระยะที่ 1 สร้างการรับรู้ร่วมกัน และกำหนดเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบ จากนั้นดำเนินการระดมสมองและใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดกิจกรรม กำหนดมาตรการ และ

ระบุบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง จัดทำเป็นรูปแบบและแผนปฏิบัติการสำหรับนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบ นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติในพื้นที่จริง ประกอบด้วยกิจกรรมเชิงบูรณาการ ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการติดตามสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้านกระบวนการ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมวิจัยและภาคีเครือข่าย เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ก่อนดำเนินการประเมินผล

ระยะที่ 4 การประเมินผลและสรุปบทเรียน ดำเนินการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม (Participatory evaluation) ร่วมกับทีมเครือข่ายชุมชน และเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบในด้านความรู้ในการทำงาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริหารการหายใจ และพฤติกรรมกำป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงานของเกษตรกรผู้เพาะเห็ด จากนั้นจัดเวทีสะท้อนคิดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปบทเรียน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และกำหนดแนวทางการนำรูปแบบไปใช้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงการได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมการและพินิจสิทธิ ผู้วิจัยประสานงานกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธาตุพนม เทศบาลตำบลธาตุพนม และผู้นำชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และแผนการดำเนินงาน จากนั้นชี้แจงรายละเอียดโครงการแก่กลุ่ม

เกษตรกรผู้ปลูกเห็ดและเครือข่าย พร้อมดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยเกษตรกรมีสิทธิ์ถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

2. ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) ดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของเกษตรกร และประเมินคะแนนเริ่มต้นด้วยแบบประเมินความรู้ในการทำงาน แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริหารการหายใจ และแบบประเมินพฤติกรรมกำบังตนเองขณะปฏิบัติงาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลฐาน (Baseline data)

3. ระยะดำเนินการทดลอง ระหว่างการนำรูปแบบไปทดลองใช้ ผู้วิจัยและทีมเครือข่ายลงพื้นที่ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสังเกต การบันทึกภาคสนาม และการสะท้อนคิดของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบท

4. ระยะหลังการทดลอง (Post-test) เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้รูปแบบ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลซ้ำด้วยเครื่องมือชุดเดียวกับระยะก่อนการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมกำบังตนเอง

5. การควบคุมคุณภาพข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบบันทึกข้อมูลทันทีหลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง และนำเสนอผลการวิจัยต่อกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้ร่วมยืนยันและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยจำแนกข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตออกเป็นหมวดหมู่ หาความสัมพันธ์เชิงระบบ แล้วนำเสนอผลต่อกลุ่มเป้าหมายเพื่อร่วมยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

2. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้ในการทำงาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริหารการหายใจ และพฤติกรรมกำบังตนเองขณะปฏิบัติงาน ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ ด้วยสถิติ Paired Samples t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ 097/67

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มที่ 1 เกษตรกรผู้ปลูกเห็ดบ้านดงคราม ตำบลธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 36 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วน

ใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31–40 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.56 และมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น–ตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 47.22 ด้านรายได้ต่อเดือนพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001–10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 41.67 สำหรับระยะเวลาประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพมาแล้ว 3–5 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.89 ในส่วนของระยะเวลาในการทำเห็ดต่อสัปดาห์ พบว่าส่วนใหญ่ใช้เวลา 3–4 วัน คิดเป็นร้อยละ 50.00 และระยะเวลาการทำงานในโรงเห็ดต่อวัน ส่วนใหญ่ทำงาน 5–6 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 44.44

1.2 เครือข่ายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จำนวน 25 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 คน เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลธาตุพนม 2 คน ผู้นำชุมชน 3 คน เกษตรอำเภอ 2 คน และตัวแทนเกษตรกร 9 คน มีอายุอยู่ในช่วง 41–50 ปี ร้อยละ 84.00 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 52.00

2. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การปฏิบัติงาน ผลกระทบต่อสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันสิ่งคุกคามจากการทำงานของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดในระยะที่ 1 พบว่าเกษตรกรมีความเสี่ยงต่อสุขภาพหลายระบบ ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจจากสปอร์เห็ดและฝุ่นเชื้อรา ระบบผิวหนังจากความชื้นสูง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากท่าทางการทำงานซ้ำ ๆ และอาการระคายเคืองตาจากฝุ่น ขณะที่พฤติกรรมในการป้องกันตนเองยังไม่เพียงพอ เช่น ไม่สวมหน้ากากป้องกันฝุ่น ใช้ถุงมือเพียง

บางครั้ง และขาดความตระหนักถึงอันตรายจากการทำงาน

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่เทศบาล ผู้นำชุมชน เกษตรอำเภอ และตัวแทนเกษตรกร ร่วมกันพัฒนาแบบการป้องกันสิ่งคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัยของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การจัดตั้งคณะกรรมการด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน 2) การระบุความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพปลูกเห็ดและออกแบบแนวทางแก้ไขร่วมกัน 3) การพัฒนาศักยภาพผ่านการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 4) การสร้างกลไกเฝ้าระวังสุขภาพ 5) การเฝ้าระวังและรายงานภาวะสุขภาพการทำงาน 6) การสนับสนุนจากภาครัฐและเครือข่าย 7) การขับเคลื่อนนโยบายเชิงชุมชน และ 8) การทบทวนและปรับปรุงมาตรการป้องกันและควบคุมเป็นประจำ

3. ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาแบบ

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนและหลังการพัฒนาแบบการป้องกันสิ่งคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัยของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าทั้ง 3 ตัวแปรที่มีคะแนนเฉลี่ย หลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ดังนี้ ด้านความรู้ในการทำงาน คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.86 เป็น 13.91 คะแนน (Mean Diff. = 6.05, 95% CI: 5.28–6.82, $t = 15.85$, $p < .001$) ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริหารการหายใจ คะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 35.77 เป็น 57.00 คะแนน

(Mean Diff. = 21.23, 95% CI: 20.65–21.81, $t = 74.01$, $p < .001$) และด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงาน คะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 52.52 เป็น

82.97 คะแนน (Mean Diff. = 30.45, 95% CI: 28.50–32.40, $t = 31.69$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ในการทำงาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริหารการหายใจ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงานของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ด ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ ($n=36$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean Diff. (95% CI)	t	p-value
	Mean	S.D	Mean	S.D			
ความรู้ในการทำงาน (คะแนนเต็ม 15)	7.86	2.07	13.91	0.60	6.05 (5.28, 6.82)	15.85	< .001*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริหารการหายใจ (คะแนนเต็ม 60)	35.77	1.58	57.00	1.43	21.23 (20.65, 21.81)	74.01	< .001*
พฤติกรรมการป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงาน (คะแนนเต็ม 100)	52.52	4.77	82.97	2.83	30.45 (28.50, 32.40)	31.69	< .001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ทดสอบด้วย Paired Samples t-test)

อภิปรายผล

1. ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน

รูปแบบการป้องกันสิ่งคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัยของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ครอบคลุมตั้งแต่การจัดตั้งคณะกรรมการด้านสุขภาพและความปลอดภัย การระบุความเสี่ยง การพัฒนาศักยภาพ การสร้างกลไกเฝ้าระวัง ไปจนถึงการขับเคลื่อนนโยบายเชิงชุมชน การที่รูปแบบนี้เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน ทำให้ได้มาตรการที่เหมาะสมกับบริบทจริงและสามารถปฏิบัติได้ สอดคล้องกับ Ottawa Charter for Health Promotion ที่ระบุว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเสริมสร้างความตระหนักรู้ ความร่วมมือ และนำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน (WHO, 1986) รูปแบบดังกล่าวยัง

สะท้อนแนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์, 2561) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของภัทรพร แคว้นคอนฉิม (2566) และบุญเลี้ยง สุพิมพ์ และอาจันต์ สงทับ (2565) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยลดอัตราการบาดเจ็บและเจ็บป่วยของเกษตรกรในระยะยาว นอกจากนี้ การออกแบบแนวทางแก้ไขร่วมกันยังช่วยสร้างความเป็นเจ้าของในการดำเนินงาน ซึ่งตรงกับแนวคิดการวิจัยแบบมีส่วนร่วมที่มุ่งเสริมพลังและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายในชุมชน (Sexsmith et al., 2022)

2. การเพิ่มขึ้นของความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกัน

ภายหลังการพัฒนาารูปแบบ เกษตรกรมีคะแนนความรู้ในการทำงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .05$) สะท้อนถึงประสิทธิผลของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้เกษตรกรได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้จากสถานการณ์จริง ส่งผลให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีป้องกันความเสี่ยงในการเพาะเห็ด ขณะเดียวกัน คณะกรรมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของประหยัทรูปคม (2564) ที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันตนเองขณะทำงานได้ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่ชี้ว่าการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาสุขภาพสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะและนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในส่วนของการป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงาน คณะณณเณลีย์ หลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของรินหทัย ธนพรสิทธิกุล (2563) ที่พบว่าทำให้สุขศึกษาสามารถเพิ่มพฤติกรรมป้องกันตนเองของเกษตรกรผู้ปลูกเห็ดได้ การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากการที่รูปแบบไม่เพียงเสริมสร้างความรู้และทักษะ แต่ยังสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมาตรฐานร่วมในกลุ่ม ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้นได้จริงและมีแนวโน้มยั่งยืน

3. ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ได้แก่ การใช้กลุ่มตัวอย่างแบบสำรวจทั้งประชากร (Census) จำนวน 36 ราย โดยไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถยืนยันความน่าเชื่อถือเป็นผลได้อย่างเต็มที่ ผลการเปลี่ยนแปลงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นนอกเหนือจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น นอกจากนี้

การศึกษาดำเนินการในพื้นที่เดียว คือ บ้านดงคราม อำเภอดงพูนผล ผลการวิจัยจึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับบริบทพื้นที่อื่นที่มีลักษณะแตกต่างกัน อีกทั้งการประเมินผลเป็นการวัดระยะสั้นทันทีหลังสิ้นสุดการทดลอง จึงยังไม่สามารถยืนยันความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาวได้ การวิจัยในอนาคตควรพิจารณาใช้รูปแบบการทดลองที่มีกลุ่มควบคุม ขยายพื้นที่ศึกษา และติดตามผลระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรพิจารณานำรูปแบบการป้องกันสิ่งคุกคามต่อสุขภาพที่พัฒนาขึ้นไปบูรณาการเข้ากับแผนปฏิบัติการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาเป็นคู่มือหรือมาตรฐานความปลอดภัยในการเพาะเห็ดที่ชุมชนสามารถนำไปปรับใช้ได้จริง

1.2 ควรจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพเกษตรกรอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เข้าใจง่าย พร้อมทั้งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นผู้ชี้แนะ (Coach) ด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานในระดับชุมชน

1.3 ควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรสำหรับการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพแรงงานภาคเกษตร โดยเฉพาะในกลุ่มที่ทำงานในสภาพแวดล้อมปิด รวมถึงผลักดันให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ใน

การติดตามและประเมินผลด้านสุขภาพและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือในการยืนยันความเป็นเหตุเป็นผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาติดตามผลลัพธ์ด้านความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี หลังสิ้นสุดการทดลอง เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์

2.3 ควรขยายพื้นที่ศึกษาไปยังกลุ่มเกษตรกรผู้เพาะเห็ดในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น ภูมิภาคอื่นหรือกลุ่มเกษตรกรที่มีขนาดการผลิตต่างกัน เพื่อทดสอบความสามารถในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในวงกว้าง

2.2 ควรใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (Quasi-experimental with control group)

2.4 ควรเพิ่มการวิเคราะห์ต้นทุนและคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการนำรูปแบบไปใช้ เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการผลักดันเชิงนโยบายระดับอำเภอและจังหวัด

อ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2566ก). *อัตราการบาดเจ็บจากการทำงาน ปี 2566*.

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=f16421e617aed29602f9f09d951cce68&id=9863654f3a847333b956596955c38ccd

กระทรวงสาธารณสุข. (2566ข). *อัตราป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ปี 2566*.

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=f16421e617aed29602f9f09d951cce68&id=74b22d3ae96848ef364e6b1a26da8f37

ขจรศักดิ์ ผิวเกลี้ยง, และ พรสุข หุ่นรินทร์. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพและความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 7(5), 158–174.

จรงค์ สุวรรณรัตน์, และ ธนกร ปัญญาโสโสภณ. (2565). การวิจัยและพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 40(1), 84–93.

ฉันทนา จันทวงศ์, นิสากร กรุงไกรเพชร, และ ยุพา ดาวเรือง. (2559). การดำเนินงานด้านการยศาสตร์อย่างมีส่วนร่วมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อโครงร่างกระดูกในโรงงานยางแผ่นรมควัน จังหวัดระยอง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(1), 76–86.

ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์. (2561). แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(2), 132–141.

บุญเลี้ยง สุพิมพ์, และ อาจันต์ สงทับ. (2565). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร: การพัฒนา การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 15(1), 149–159.

- ประหยัด รูปคม. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองขณะทำงานในประชาชนที่ประกอบอาชีพทำอัฐมอญ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 9(3), 221–235.
- ปัทมาพร บัวแดง. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่ออาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจของผู้เพาะเห็ดในจังหวัดเชียงราย [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ภัทรกร แคว้นคอนนิม. (2566). การพัฒนารูปแบบการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพและความปลอดภัยของเกษตรกรจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(5), 828–839.
- รินหทัย ธนพรสิทธิกุล. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันตนเองและการบริหารการหายใจต่อประสิทธิภาพการทำงานของปอดในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกเห็ด. *วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา*, 3(1), 3–9.
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. (2566). เอกสารสรุปผลการดำเนินงานอาชีพอนามัยและสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ปีงบประมาณ 2566 (เอกสารอัดสำเนา).
- สาคร ชินวงศ์, และ นพสิทธิ ล่องจำ. (2566). เห็ดเศรษฐกิจ โอกาสในการสร้างอาชีพ สร้างรายได้. https://eto.kps.ku.ac.th/ETO/images/iconmenu/KM_economic_mushroom.pdf
- สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. (2566). การรวบรวมข้อมูลการผลิตและการตลาดเห็ดเศรษฐกิจ. <https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2021/20210817-economicmushroom-market.pdf>
- Sexsmith, K., Palacios, E. E., Gorgo-Gourovitch, M., & Huerta Arredondo, I. A. (2022). Latino/a farmworkers' concerns about safety and health in the Pennsylvania mushroom industry. *Journal of Agromedicine*, 27(2), 169–182.
- Tanaka, H., Saikai, T., Sugawara, H., Takeya, I., Tsunematsu, K., & Matsuura, K. (2002). Workplace-related chronic cough on a mushroom farm. *Chest*, 122(3), 1080–1085.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. An International Conference on Health Promotion, November 17-26 1986, Ottawa, Ontario, Canada.

ผลการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
หลายขนาน ของบุคลากรในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง

The effect of the implementation guidelines for prevention and control
of the spread of multidrug-resistant bacteria by personal in
the intensive care unit, at Ranong Hospital

จุไรรัตน์ บุญจันทร์

Jurairat Boonchan

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

(Received: September 21, 2025; Accepted: January 20, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรงจำนวน 20 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 ถึง 30 เมษายน 2568 ผ่านกลยุทธ์การอบรมให้ความรู้ การใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติ การใช้โปสเตอร์เตือน และการให้ข้อมูลย้อนกลับ เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบวัดความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติ และแบบวัดความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติอนุมาน Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของบุคลากรหลังเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จาก 15.40 คะแนน เป็น 19.05 คะแนน สำหรับสัดส่วนการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา พบว่าการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.10 เป็นร้อยละ 79.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.58$) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยควรขยายผลแนวปฏิบัติไปสู่ทีมสหสาขาวิชาชีพ อาทิ แพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักรังสีวิทยา เพื่อส่งเสริมความตระหนักรู้และความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ลดการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา และส่งผลให้อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยลดลงอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน, แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, หอผู้ป่วยหนัก

Abstract

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effectiveness of clinical practice guidelines for the prevention and control of Multidrug-Resistant Organisms (MDROs) transmission in the Intensive Care Unit (ICU) at Ranong Hospital. The sample consisted of 20 healthcare personnel directly involved in patient care. The study was conducted from November 1, 2024, to April 30, 2025, utilizing strategies including educational training, clinical manuals, reminder posters, and feedback sessions. Data collection tools comprised a knowledge assessment, a practice evaluation form, and a satisfaction survey. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test.

The results revealed that the participants' mean knowledge scores increased significantly from 15.40 to 19.05 after the intervention ($p < 0.05$). Furthermore, the compliance rate with MDRO prevention and control guidelines significantly improved from 76.10% to 79.10% ($p < 0.05$). Overall, the majority of participants reported the highest level of satisfaction with the implementation of these guidelines ($M = 4.58$). These findings suggest that the guidelines should be expanded to multidisciplinary teams, including physicians, physical therapists, and radiologists. Such expansion would promote awareness and collaborative patient care, ultimately leading to a substantial reduction in MDRO transmission and infection rates.

Keywords : Multidrug-Resistant Organisms (MDROs), Infection Prevention and Control Guidelines, Intensive Care Unit (ICU)

บทนำ

การดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน (Multidrug-Resistant [MDR]) เป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงและเป็นภัยคุกคามที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) จึงกำหนดให้เป็นวาระเร่งด่วนทางด้านสุขภาพในระดับโลก โดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2015) รายงานว่าในทุกปีพบผู้ติดเชื้อดื้อยามากกว่า 2,800,000 ราย และเสียชีวิตมากกว่า 35,000 ราย ปัจจุบันทั่วโลกมีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาปีละ 700,000 คน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 10,000,000 คน โดยเฉพาะในทวีปเอเชียที่จะมีผู้เสียชีวิตมากที่สุดถึง 4,700,000 ราย คิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึง 3.50 พันล้านบาท (สถาบันบำราศนราดูร, 2562)

สำหรับประเทศไทย คาดว่ามีการติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 88,000 ครั้ง เสียชีวิต 38,000 ราย ส่งผลให้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นรวม 3,240,000 วัน และสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านยาต้านจุลชีพประมาณ 2,539.00–6,048.00 ล้านบาท (สถาบันบำราศนราดูร, 2562) เชื้อที่มีแนวโน้มการดื้อยาสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องคือ *Acinetobacter baumannii* ซึ่งพบอัตราการดื้อยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44.50 เป็น 67.10 และ 70.10 ในปี พ.ศ. 2558, 2561 และ 2563 ตามลำดับ (สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข, 2564) นอกจากนี้ ผลสำรวจสถานการณ์ในโรงพยาบาล 23 แห่งทั่วประเทศ พบความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital-Acquired Infection: HAI) เฉลี่ยร้อยละ 0.80 และในจำนวนนี้พบเชื้อดื้อยาสูงถึงร้อยละ 60.20

ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น (กรมการแพทย์, 2565)

โรงพยาบาลระนอง เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 300 เตียง มีหอผู้ป่วยหนัก (ICU) รับผู้ป่วยวิกฤตทุกประเภทจำนวน 8 เตียง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ท่อช่วยหายใจ สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง สายสวนหลอดเลือดแดง สายให้อาหาร และสายสวนปัสสาวะ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแทรกซ้อน รายงานการเฝ้าระวังประจำปีงบประมาณ 2565–2567 พบอัตราการติดเชื้อดื้อยาในภาพรวมเท่ากับ 1.72, 1.63 และ 1.61 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ โดยพบอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยหนักสูงกว่าส่วนอื่นของโรงพยาบาล คือ 18.40, 10.97 และ 9.18 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน (คิดเป็นร้อยละ 11.16, 5.75 และ 3.68 ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักทั้งหมดตามลำดับ) ตำแหน่งการติดเชื้อที่พบมากที่สุดคือระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ โดยเชื้อที่พบมากที่สุดคือ *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae* และ *Pseudomonas aeruginosa* (โรงพยาบาลระนอง, 2567)

จากการทบทวนปัญหาการติดเชื้อดื้อยาพบว่าบุคลากรยังไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัดและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ปัญหาสำคัญประกอบด้วย 1) การล้างมือไม่ครบ 5 Moments และการเลือกใช้น้ำยาล้างมือที่มีสารระงับเชื้อ (Antiseptic) ไม่เหมาะสม 2) ข้อจำกัดด้านสถานที่และห้องแยกไม่เพียงพอต่อปริมาณผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะช็อกรุนแรง 3) การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย (PPE) ไม่เหมาะสมกับ



กิจกรรม 4) การทำความสะอาดอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมไม่ถูกต้อง และ 5) ปัญหาการสื่อสาร เช่น ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของผู้ป่วย ขาดการติดป้ายเตือน MDR และขาดการแนะนำญาติขณะเข้าเยี่ยม สาเหตุหลักเกิดจากการขาดการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง และบุคลากรบางส่วนยังขาดความตระหนักและความเข้าใจในแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยหนัก (Infection Control Ward Nurse [ICWN]) จึงนำรูปแบบการจัดการการเปลี่ยนแปลง (The Change Model) หรือ 4Es Model มาประยุกต์ใช้เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย การสร้างส่วนร่วม (Engage), การให้ความรู้ (Educate), การดำเนินการช่วยเหลือ (Execute) และการประเมินผล (Evaluate) (Pronovost, 2006) นอกจากนี้ยังบูรณาการแนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือ (Collaborative Quality Improvement) ของสถาบัน IHI (Institute for Healthcare Improvement, 2003) เพื่อเสริมสร้างการทำงานเป็นทีมในทุกขั้นตอน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของบุคลากรในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง เพื่อยกระดับความปลอดภัยและลดอุบัติการณ์การแพร่กระจายเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ของบุคลากรในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง ก่อนและหลังการใช้นโยบายปฏิบัติ

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ของบุคลากรในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง ก่อนและหลังการใช้นโยบายปฏิบัติ

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง ซึ่งคัดเลือกโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาผลการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน (Multidrug-Resistant Organisms: MDROs) โดยประเมินในด้านความรู้ของบุคลากร และความถูกต้องในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดขึ้น

3. ขอบเขตด้านรูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

4. ขอบเขตด้านระยะเวลา ดำเนินการศึกษาวิจัยระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2568

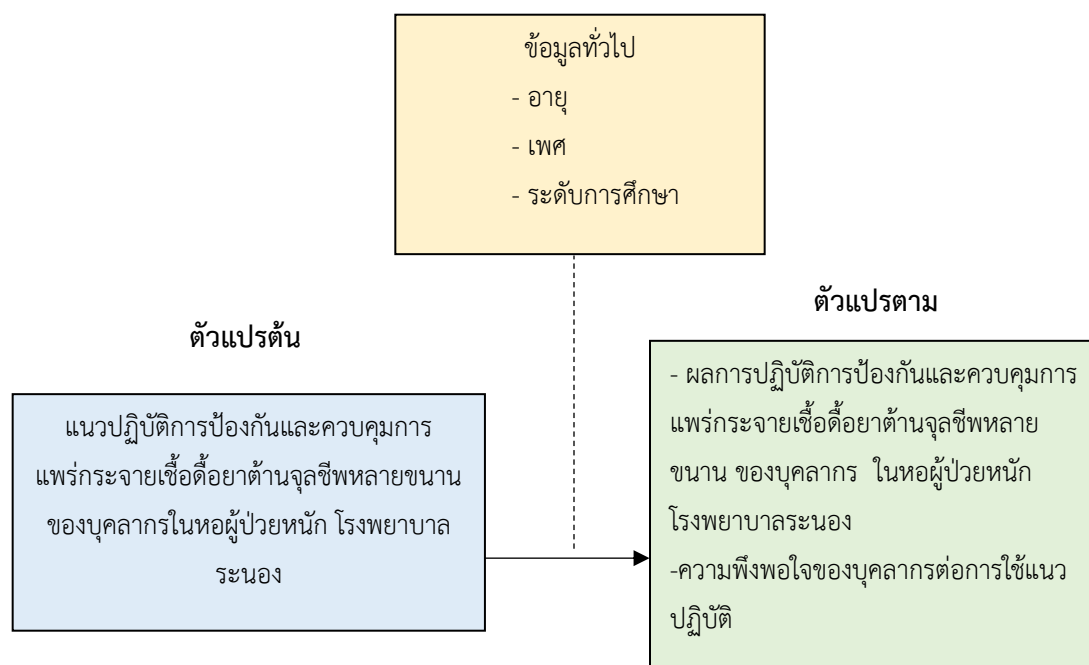
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยโครงการได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระนอง (เลขที่ COA_RNH.EC. 019/2568 รับรองเมื่อวันที่ 29 มกราคม

2568) ก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน และสิทธิประโยชน์ให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียด พร้อมทั้งเน้นย้ำสิทธิใน

การปฏิเสธเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการตัดสินใจดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิการรับบริการหรือการรักษาพยาบาลตามปกติแต่ประการใด

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน (MDROs) ของบุคลากรในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง จำนวน 20 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 15 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน และ พนักงานทำความสะอาด 1 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

(1) พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานทำความสะอาด ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา (2) ยินดีเข้าร่วมการ

วิจัยและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากปฏิบัติหน้าที่ด้านบริหารจัดการเป็นหลัก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่ แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ที่พัฒนาขึ้นจากกรทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. แบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา
3. แบบประเมินการปฏิบัติ ตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา
4. แบบสอบถามความพึงพอใจ ต่อการใช้แนวปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity): ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00

2. ความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบทดสอบความรู้: วิเคราะห์โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71

แบบประเมินการปฏิบัติ: วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74

ระยะเวลาในการดำเนินงาน

ดำเนินการศึกษาวิจัยเป็นระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนเมษายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เพื่ออธิบายลักษณะประชากรและระดับคะแนนต่าง ๆ
2. สถิติอนุมาน ใช้สถิติ Paired Samples t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม

ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นบุคลากรหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.00) โดยมีอายุระหว่าง 26-35 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 40.00) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.15 ปี (S.D. = 12.06) ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 75.00) โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 75.00)

สำหรับประสบการณ์การทำงาน พบว่าส่วนใหญ่มีประสบการณ์อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 45.00) โดยมีอายุงานเฉลี่ย 13.10 ปี (S.D. = 12.38) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมหรือประชุมสัมมนาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน (ร้อยละ 70.00) โดยแหล่งข้อมูล

ความรู้หลักมาจากการอบรมวิชาการและการประชุมต่าง ๆ (ร้อยละ 73.91)

ส่วนที่ 2 ผลการวัดความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

จากการประเมินระดับความรู้ พบว่าก่อนการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 13 คน (ร้อยละ 65.00) และระดับสูงจำนวน 7 คน (ร้อยละ 35.00) อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการได้รับความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ

100.00) มีความรู้ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการทดลอง (ดังแสดงในตารางที่ 1) พบว่าก่อนการได้รับความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.40 หลังการได้รับความรู้ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเป็น 19.05 โดยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงจาก 2.16 เป็น 1.54 ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการได้รับความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังให้ความรู้เรื่องแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

ความรู้	Mean	S.D.	Pair-t test	p-value
ก่อนการให้ความรู้	15.40	2.16	8.241	<.001
หลังการให้ความรู้	19.05	1.54		

ส่วนที่ 3 ประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของบุคลากรในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง

กิจกรรมการปฏิบัติ 8 หมวด จำนวน 27 ข้อ เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติก่อนและหลังการให้ความรู้ที่ทำได้ร้อยละ 100.00 ได้แก่ การรายงานเมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา การล้างมือก่อนทำหัตถการ, การทำความสะอาดและทำลายเชื้อกะละมังแช่ตัว หม้อนอน กระบอกปัสสาวะ หลังใช้งานด้วย 0.5% Sodium Hypochlorite, การแนะนำญาติล้างมือก่อน-หลังการ

เข้าเยี่ยมด้วย Alcohol hand rub, การจัดการเสื้อผ้า ปลอกหมอน ผ้าห่ม ผ้าปูที่นอน ฯลฯ แบบผ้าติดเชื้อ, การจัดการมูลฝอยทุกชนิดแบบมูลฝอยติดเชื้อ, การส่งต่อผู้ป่วย การปิดแผล/แหล่งของเชื้อมิดชิด การแจ้งข้อมูลติดเชื้อแก่หน่วยปลายทางทุกครั้ง ส่วนกิจกรรมที่มีการพัฒนาและมีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินกิจกรรมก่อนให้ความรู้ คือ การล้างมือหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และเช็ดทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยด้วย Chlorhexidine gluconate bath วันละครั้ง เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 35.00 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของบุคลากรในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

กิจกรรมที่ปฏิบัติ	ก่อนให้ความรู้	หลังให้ความรู้	ร้อยละ ที่เพิ่มขึ้น
	ร้อยละ	ร้อยละ	
	ปฏิบัติถูกต้อง	ปฏิบัติถูกต้อง	
หมวดที่ 1 การเฝ้าระวัง (Surveillance)			
1.1 การรายงานเมื่อพบผู้ป่วยดื้อยา	100.00	100.00	0.00
1.2 การส่งเเวร	95.00	95.00	0.00
1.3 การใช้สัญลักษณ์ในการสื่อความหมายติดป้าย MDR หน้าชาร์ตและเตียงผู้ป่วย	80.00	95.00	15.00
หมวดที่ 2 การแยกผู้ป่วย (Isolation and Precaution)			
2.1 การแยกผู้ป่วยเข้าห้องแยก /กรณีไม่สามารถเข้าห้องแยก แยกในพื้นที่กำหนดระยะห่างเตียงอย่างน้อย 3 ฟุต	70.00	70.00	0.00
2.2 แยกของใช้ และอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น ปรอท เครื่องวัดความดัน	90.00	100.00	10.00
2.3 ไม่นำชาร์ตไปที่ห้องหรือเตียงผู้ป่วย	90.00	95.00	5.00
หมวดที่ 3 การปฏิบัติตามหลัก Hand Hygiene			
3.1 ล้างมือด้วยน้ำยาฆ่า	95.00	95.00	0.00
3.2 ล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วย	90.00	100.00	10.00
3.3 ล้างมือก่อนทำหัตถการ	100.00	100.00	0.00
3.4 ล้างมือหลังสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งจากผู้ป่วย	95.00	100.00	5.00
3.5 ล้างมือหลังสัมผัสผู้ป่วย	85.00	90.00	10.00
3.6 ล้างมือหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย	40.00	75.00	35.00
หมวดที่ 4 การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง			
4.1 สวมถุงมือ กาวันกันน้ำขณะดูแลผู้ป่วย	65.00	85.00	20.00
4.2 ถอดถุงมือ ใส่คลุมในถังขยะติดเชื้อที่เตรียมไว้ให้ก่อนออกจากพื้นที่ห้อง/เตียงผู้ป่วยแต่ละราย	95.00	100.00	5.00
หมวดที่ 5 การจัดการสิ่งแวดล้อมและการทำลายเชื้อ			
5.1 เช็ดทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยด้วย 4%Chlorhexidine gluconate bath วันละครั้ง	35.00	70.00	35.00
5.2 ทำความสะอาดและทำลายเชื้อบนพื้น เติง โต๊ะข้างเตียงด้วย 0.5% Sodium Hypochlorite วันละ 1 ครั้งและหลังจำหน่ายผู้ป่วย	95.00	100.00	0.00
5.3 อุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย เช่น ปรอทวัดไข้ Stethoscope Spirometer ทำความสะอาดด้วย70% Alcohol ทุกครั้ง	70.00	95.00	25.00

กิจกรรมที่ปฏิบัติ	ก่อนให้ความรู้	หลังให้ความรู้	ร้อยละที่เพิ่มขึ้น
	ร้อยละปฏิบัติถูกต้อง	ร้อยละปฏิบัติถูกต้อง	
5.4 กระดาษเช็ดตัว หม้อนอน กระจกปัสสาวะ หลังใช้งานทำความสะอาดและทำลายเชื้อด้วย0.5% Sodium Hypochlorite	100.00	100.00	0.00
5.5 เปลี่ยนผ้าปูที่นอนหลังจำหน่ายผู้ป่วยทุกครั้ง	85.00	90.00	10.00
หมวดที่ 6 การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ			
6.1 จำกัดการเข้าเยี่ยม เฉพาะผู้ที่มีความจำเป็น	85.00	90.00	5.00
6.2 แนะนำญาติล้างมือก่อน-หลังการเข้าเยี่ยมด้วย Alcohol hand rub	100.00	100.00	100.00
6.3 แนะนำญาติญาติสวมเสื้อคลุมขณะเข้าเยี่ยม และถอดทิ้งในถังผ้าติดเชื้อที่เตรียมไว้	90.00	95.00	5.00
หมวดที่ 7 การจัดการผ้าและมูลฝอย			
7.1 เสื้อผ้า ปลอกหมอน ผ้าห่ม ผ้าปูที่นอน ฯลฯ จัดการแบบผ้าติดเชื้อ (ใส่ถังผ้าเปื้อนติดเชื้อ)	100.00	100.00	0.00
7.2 มูลฝอยทุกอย่างให้จัดการแบบมูลฝอยติดเชื้อ	100.00	100.00	0.00
หมวดที่ 8 การส่งต่อผู้ป่วย			
8.1 แจ้งข้อมูลติดเชื้อแก่หน่วยงานปลายทางทุกครั้ง	100.00	100.00	0.00
8.2 กรณีผู้ป่วยมีแผล ปิดแผลและบริเวณอื่นที่เป็นแหล่งของเชื้อให้มิดชิด	100.00	100.00	100.00
8.3 ติดสัญลักษณ์การติดเชื้อต่อต้านยาต้านจุลชีพผู้ป่วยและที่เตียงผู้ป่วย	95.00	100.00	0.00

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติตามแนวทางการ
ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อต่อต้านจุลชีพ
หลายขนานของบุคลากรหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาล

ระนอง พบว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางอยู่ในระดับดี
ร้อยละ 100.00 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของบุคลากรหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนองจำแนกตามระดับการปฏิบัติตาม
แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อต่อต้านจุลชีพหลายขนาน ก่อนและหลังใช้นโยบายปฏิบัติ

ระดับการปฏิบัติ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี (17-47คะแนน)	0	0.00	0	0.00
ปานกลาง (48-64 คะแนน)	0	0.00	0	0.00
ดี (65 คะแนนขึ้นไป)	20	100.00	20	100.00
รวม	20	100	20	100



M= 76.10, S.D. = 3.28, Min = 67, Max = 81

M= 79.10, S.D. = 2.10, Min = 72, Max = 81

การเปรียบเทียบการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน บุคลากรหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

ก่อนให้ความรู้เท่ากับ 76.10 และหลังให้ความรู้เท่ากับ 79.10 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติหลังการให้ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

การปฏิบัติ	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนการให้ความรู้	76.10	3.27	-4.512	<.001
หลังการให้ความรู้	79.10	2.10		

ส่วนที่ 4 การวัดความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงานต่อการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมของความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี

ความพึงพอใจระดับมากที่สุด 3 ลำดับแรกในเรื่อง แนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโดยตรง (M = 4.75) แนวปฏิบัติช่วยให้บุคลากรสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้คุณภาพตามมาตรฐาน (M = 4.65) และแนวปฏิบัติเพิ่มความรู้นในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (M = 4.65) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ของบุคลากรในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง

ลำดับที่	ประเด็นความคิดเห็น	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1.	แนวปฏิบัติเนื้อหาชัดเจน มีความครอบคลุม เข้าใจง่าย	4.40	0.50	มากที่สุด
2.	แนวปฏิบัติมีการกำหนดแนวทางการป้องกันตามลำดับขั้นตอน	4.50	0.51	มากที่สุด
3.	แนวปฏิบัติสามารถป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานได้	4.45	0.51	มากที่สุด

ลำดับที่	ประเด็นความคิดเห็น	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
4.	แนวปฏิบัติช่วยให้บุคลากรตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อมากที่สุด	4.60	0.52	มากที่สุด
5.	แนวปฏิบัติช่วยให้บุคลากรสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานได้คุณภาพตามมาตรฐานมากที่สุด	4.65	0.48	มากที่สุด
6.	แนวปฏิบัติเพิ่มความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยามากที่สุด	4.65	0.48	มากที่สุด
7.	แนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโดยตรงมากที่สุด	4.75	0.44	มากที่สุด
8.	แนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริงมากที่สุด	4.60	0.50	มากที่สุด
รวม		4.58	0.42	มากที่สุด

อภิปรายผลการศึกษา

1. ความรู้ ของบุคลากรหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนองเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน โดยการอบรมให้ความรู้ การใช้คู่มือแนวทางการปฏิบัติและการนิเทศทางการพยาบาลพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมการวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษาคครั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (1968) ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ความเข้าใจและความคิด ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น และสอดคล้องกับแนวคิดของ Proctor (2001) การนิเทศเพื่อสร้างการเรียนรู้จากการปฏิบัติ การสนับสนุนเชิงวิชาชีพ และการนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ของบุคลากรที่เพิ่มขึ้น

2. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน โดยการใช้ความรู้เรื่องแบคทีเรียดื้อยา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา เน้นการมี

ส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงาน กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าเวร พยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานทำความสะอาดที่ชัดเจนขึ้น เพื่อสร้างความตระหนักแก่ผู้ปฏิบัติงาน การให้ความช่วยเหลือในเรื่องการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน ตอบข้อสงสัยในการปฏิบัติงาน และชี้แจงแนะนำเพิ่มเติมเมื่อพบการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ติดตามประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามแนวทางถูกต้องเพิ่มขึ้น เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ของบุคลากรหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง หลังเข้าร่วมโครงการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (1968) ได้กล่าวว่าการเรียนรู้หมายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวรและพฤติกรรมใหม่นี้เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝน สอดคล้องกับแนวคิดของ Proctor (2001) การนิเทศแบบมีส่วนร่วม (The Supervision Alliance Model)

แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของ Proctor เน้นที่การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ การสะท้อนการปฏิบัติงานสามารถสร้างการเรียนรู้ได้ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการเปลี่ยนแปลง (The Change Model) 4Es Model ของ Pronovost (2006) องค์ประกอบได้แก่ การมีส่วนร่วม (Engage) การให้ความรู้ (Educate) การดำเนินการและการให้การช่วยเหลือ (Execute) การติดตามประเมินผล (Evaluate) โดยมีเป้าหมายให้ผู้ปฏิบัติทุกระดับนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ สอดคล้องกับสมฤดี ชัชเวช และคณะ (2560) ผลของการนำใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยใช้รูปแบบการจัดการเปลี่ยนแปลง หรือ 4Es model (Engage, Educate, Execute and Evaluate) ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการนำใช้แนวปฏิบัติฯ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ของบุคลากรในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยเน้นการมีส่วนร่วม หาข้อตกลงในการปฏิบัติร่วมกัน ให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก สนับสนุน ส่งเสริมสิ่งที่ปฏิบัติได้ดี เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงานพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเทียบรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ สอดคล้องกับทฤษฎีของ Good (1973) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง สภาพ คุณภาพ หรือระดับความพึงพอใจ ซึ่งเป็นผลมาจากความสนใจต่าง ๆ และทัศนคติที่บุคคลนั้นมีต่อสิ่งนั้น สอดคล้องกับทฤษฎีของ Vroom (1990) กล่าวว่า ทัศนคติและความพึงพอใจในสิ่งหนึ่ง

สามารถใช้แทนกันได้เพราะทั้งสองคำนี้จะหมายถึงผลที่ได้รับจากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้น ทัศนคติด้านบวกจะแสดงให้เห็นสภาพความพึงพอใจในสิ่งนั้น สอดคล้องกับทฤษฎีของ Wolman (1973) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกที่มีความสุขเมื่อได้รับผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความต้องการหรือแรงจูงใจ สอดคล้องกับ ปาริชาติ ใจดี และพิมพ์สุภา ดิตตชม (2563) ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลแนวทางป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการแพทย์ ดึกผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยบุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาโดยรวมอยู่ในระดับมาก (51.44%) ความคิดเห็นต่อวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วย (66.30%) และการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติ (88.24%)

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่า การใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ของบุคลากรในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระนอง คือจัดอบรมบรรยายการให้ความรู้ ประกอบกับการใช้คู่มือแนวปฏิบัติ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้และการปฏิบัติไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ควรเพิ่มกิจกรรมการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายวิธีในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา เช่น การติดโปสเตอร์เตือน การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน อุปกรณ์

ทางการแพทย์เพียงพอต่อการใช้งาน เวชภัณฑ์ชนิดใช้
ครั้งเดียว (Single-used)

2. ควรมีการติดตามนิเทศ และประเมินซ้ำ
อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลมีคุณภาพและ
ยั่งยืน เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

3. ขยายผลแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุม
การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในสห

สาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักรังสี
วิทยา เพื่อให้เกิดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยให้มี
ความปลอดภัยจากการติดเชื้อดื้อยา

4. ควรศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการป้องกัน
และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลาย
ขนานที่มีผลต่ออัตราการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วย

อ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คู่มือการประเมินการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการใน
โรงพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ห้างหุ้นส่วนจำกัด งานพิมพ์.
- กำธร มาลาธรรม. (2546). การแยกผู้ป่วยโรคติดเชื้อ. ใน บรรจง วรณมัย, กำธร มาลาธรรม และศิริลักษณ์ อภิวานิชย์
(บก.), *คู่มือปฏิบัติงานการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล* (หน้า 6–10). จุฑาทอง.
- กำธร มาลาธรรม และยงค์ รุ่งเรือง (บก.). (2560). *คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล* (พิมพ์
ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กำธร มาลาธรรม และลลธิธา เจริญพงษ์. (2567). การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ. ใน
ชัชมา สอนกระต่าย, กำธร มาลาธรรม, ลลธิธา เจริญพงษ์ และชัยศิริ ศรีเจริญวิจิตรม (บก.), *Updating IPC
Guidelines for Thailand 2024* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 2–11). สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุล
ชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560–2564*. [http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/
Shared%20Documents/AMR%20](http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/Shared%20Documents/AMR%20)
- นุชนาถ สีสุกใส. (2562). *ผลของการให้ความรู้และข้อมูลย้อนกลับต่อการปฏิบัติการป้องกันเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลาย
ขนานในพยาบาล* [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่].
- ปาริชาติ ใจดี และพิมพ์สุภา ติดชม. (2563). ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลแนวทางป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของ
บุคลากรทางการพยาบาล ตึกผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ. *วารสารวิจัยและพัฒนา
นวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1(3), 55–61.
- โรงพยาบาลระนอง. (2567). *รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2565–2567*. คณะกรรมการป้องกันและ
ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลระนอง.
- ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ. (2556). *สถานการณ์เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะในประเทศไทย*.
<http://narst.dmsc.moph.go.th/news001.html>

สมฤดี ชัชเวช, รุ่งฤดี เวชวินชสนอง, กุสุมา บุญรักษ์, ไพจิตร มามาตย์, ไพรัช พิมล และสุพรรณษา บุญศรี. (2560). ศึกษาผลของการนำใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 31(4), 697–708.

สถาบันบำราศนราดูร. (2562). *การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล*. กราฟฟิคแอนดี้ไซด์.

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2564). *สถานการณ์ดื้อยาต้านจุลชีพปี 2020–2022*. <http://narst.dmsc.moph.go.th/data/AMR%20200-2020-12M.pdf>

อะเคื้อ อุนทเลทกะ. (2561). *แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 4). มิ่งเมือง นวัตกรรม (โรงพิมพ์มิ่งเมือง).

Bloom, B. S. (1968). Learning for mastery. *Evaluation Comment*, 2, 47–62.

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Management of multidrug-resistant organism in healthcare setting*. <http://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/mdro/background.html>

Good, C. V. (1973). *Dictionary of education* (3rd ed.). McGraw-Hill.

Institute for Healthcare Improvement. (2003). *The Breakthrough Series: IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement*. <http://www.ihi.org/NR/rdonlyres.2022>

Proctor, B. (2001). Contracting in supervision. *Contracts in Counselling & Psychotherapy*, 161–167.

Pronovost, P. J. (2006). Creating high reliability in health care organizations. *Health Services Research*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1689981>

Vroom, V. H. (1990). *Manage people not personnel: Motivation and performance appraisal*. Harvard Business School Press.

Wolman, B. B. (1973). *Dictionary of behavior science*. Van Nostrand Reinhold.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน

ตำบลแหลมสอม อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

Factors Associated with Preventive Behaviors for Leptospirosis among

People in Laem Som Subdistrict, Palian District, Trang Province

กษมา เพ็ญนิม

Kasama Phennim

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเจ็ดบาท ตำบลแหลมสอม อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

(Corresponding author. Email address: kasama92101@gmail.com)

(Received: March 10, 2026; Accepted: March 21, 2026)

บทคัดย่อ

โรคเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและพื้นที่เกษตรกรรม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนในตำบลแหลมสอม อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง โดยใช้วิธีเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนในพื้นที่ตำบลแหลมสอม จำนวน 344 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสในระดับมาก และมีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การมีรองเท้าบูท ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าหน่วยงานด้านสาธารณสุขควรส่งเสริมการให้ความรู้และการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเกษตรกรหรือผู้ที่ทำงานในพื้นที่ชื้นแฉะ ควบคู่กับการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เช่น รองเท้าบูท เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อจากสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส อย่างยั่งยืนในชุมชน

คำสำคัญ: เลปโตสไปโรซิส, พฤติกรรมการป้องกันโรค, ปัจจัยที่สัมพันธ์, จังหวัดตรัง



Abstract

Leptospirosis is a zoonotic disease that remains an important public health problem in Thailand, particularly in rural and agricultural areas. This study aimed to investigate preventive behaviors for leptospirosis and to analyze factors associated with preventive behaviors among people in Laem Som Subdistrict, Palian District, Trang Province. An analytical cross-sectional study design was employed. The study population consisted of 344 residents in Laem Som Subdistrict. Data were collected using a structured questionnaire covering demographic characteristics, knowledge, attitudes, perceptions, and preventive behaviors related to leptospirosis. Data were analyzed using descriptive statistics, the Chi-square test, and Fisher's exact test.

The results showed that most participants had a high level of knowledge regarding leptospirosis and positive attitudes toward disease prevention. Factors significantly associated with preventive behaviors included income sufficiency, ownership of protective boots, knowledge level regarding leptospirosis, attitudes toward leptospirosis prevention, and perception levels regarding leptospirosis ($p < 0.05$). These findings suggest that public health agencies should continuously promote health education and risk communication regarding leptospirosis among the population, particularly among farmers and individuals working in wet or high-risk environments. In addition, providing personal protective equipment, such as protective boots, should be encouraged to reduce the risk of exposure to contaminated environments. Community participation in improving environmental sanitation and controlling risk factors should also be promoted to ensure sustainable prevention of leptospirosis in the community.

Keywords: leptospirosis, preventive behavior, associated factors, Trang Province

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า “โรคฉี่หนู” เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียในสกุล *Leptospira* ซึ่งสามารถพบได้ในปัสสาวะของสัตว์รังโรคหลายชนิด เช่น หนู สุกร โค กระบือ สุนัข และสัตว์เลี้ยงอื่น ๆ เชื้อสามารถปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะบริเวณที่มีความชื้นสูง เช่น ดิน โคลน หรือแหล่งน้ำธรรมชาติ และสามารถเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ผ่านทางผิวหนังที่มีบาดแผลหรือผ่านเยื่อบุ เช่น ตา จมูก หรือปาก โดยเฉพาะในกรณีที่มีการสัมผัส น้ำหรือดินที่ปนเปื้อนเชื้อเป็นเวลานาน กลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ เกษตรกร ผู้ที่ทำงานในพื้นที่ชื้นแฉะ เช่น สวนยางพารา นาข้าว หรือพื้นที่ที่มีน้ำท่วมขัง รวมถึงผู้ที่ทำกิจกรรมกลางแจ้งในแหล่งธรรมชาติ อาการของโรคมีความหลากหลาย ตั้งแต่ไม่มีอาการไปจนถึงอาการรุนแรง เช่น ไข้สูงเฉียบพลัน ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะบริเวณน่องและหลังส่วนล่าง ตาแดง คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะเลือดออกในปอด หรือการล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม หากได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็ว เช่น Penicillin หรือ Doxycycline สามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคและอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ (ลิลาวรรณ สุขโข และคณะ, 2567; พรพิทักษ์ พันธุ์หล้า และ วิมวิการ์ ศักดิ์ชยันนันทน์, 2564)

ในประเทศไทย โรคเลปโตสไปโรซิสยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคในช่วงหลายปีที่ผ่านมา พบว่ามีรายงานผู้ป่วยจำนวนหลายพันรายต่อปี และยังคงมีรายงานการเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง โดยจังหวัดในภาคใต้

รวมถึงจังหวัดตรังเป็นพื้นที่ ที่มีรายงานผู้ป่วยในระดับค่อนข้างสูง เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่มีฝนตกชุก พื้นที่เกษตรกรรมจำนวนมาก และการประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสดินและน้ำ (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2568) อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรังเป็นพื้นที่ที่มีรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในตำบลแหลมสอม ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวนยางพารา สวนปาล์ม น้ำมัน และรับจ้างทั่วไป ทำให้ต้องสัมผัสกับดิน น้ำ และโคลนในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังมีรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ดังกล่าว ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคในระดับชุมชน (ชวัลลักษณ์ เห่งสีป่อง, 2566; ปฐมพร พริกชู, 2567; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเจ็ดบาท, 2567)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรม การป้องกันโรคของประชาชนได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ทักษะคิด การรับรู้ความเสี่ยง รวมถึงปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประชาชนในพื้นที่เสี่ยงบางแห่งจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับที่ดี แต่พฤติกรรมการป้องกันโรคยังไม่เพียงพอ เช่น การไม่สวมรองเท้าบูทขณะทำงานในพื้นที่น้ำขัง หรือการไม่หลีกเลี่ยงการสัมผัสน้ำที่อาจปนเปื้อนเชื้อ (Kerdphon, 2024; ญัฐภูมิ ใจเที่ยง, 2566; Arbiol et al., 2016; Pathman et al., 2018; สมศรี สามารถ, 2567; ปฐมพร พริกชู และ นัจมี หลีสหัต, 2566; Muhanga & Malungo, 2018) ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าวในพื้นที่เสี่ยงจึงมีความสำคัญ การศึกษครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของ

ประชาชนในตำบลแหลมสอม อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนามาตรการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน ตำบลแหลมสอม อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน ตำบลแหลมสอม อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเจ็ดบาท ตำบลแหลมสอม อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง ปี 2568 จำนวน 2,749 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรโดยใช้สูตรของ Daniel (1995) ดังนี้

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

$$n = \frac{2,749 \times 0.5(1-0.5)1.96^2}{(0.05)^2(2,749-1) + 0.5(1-0.5)1.96^2}$$

$$n = 337.17$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 337 ราย ปรับเพิ่มเป็น 340 ราย เพื่อการจัดสรรจำนวนเท่ากันในแต่ละหมู่บ้าน

(5 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 68 ราย) หรือถ้าได้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าก็สามารถนำมาวิเคราะห์ทั้งหมด

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นประชาชนสัญชาติไทย อายุ 18 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเจ็ดบาท ตำบลแหลมสอม อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

2. สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้ หรือมีภาวะทุพพลภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล
2. เจ็บป่วยในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดให้ทุกหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเจ็ดบาท ตำบลแหลมสอม อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง รวม 5 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่ศึกษา จัดสรรกลุ่มตัวอย่างจำนวนเท่ากันหมู่บ้านละ 68 ราย (equal allocation) จากนั้นสุ่มเลือกตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่กำหนด สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ทั้งสิ้น 344 ราย จึงนำมาวิเคราะห์ทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส แหล่งน้ำใช้ ประวัติการสัมผัสดินชื้นแฉะหรือน้ำท่วมขังในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา การป่วยด้วยโรคไข้ฉี่หนูหรือโรคเลปโตสไปโรซิส การมีร่องเท้าบูท จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบถูก-ผิด ออกแบบข้อคำถามตามทฤษฎีการเรียนรู้ของเบนจามิน บลูม (Bloom et al., 1971) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวก และ ข้อคำถามเชิงลบ แปลข้อมูลโดยรวมและรายข้อ แบ่งระดับคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของแดเนียล (Daniel & Cross, 2013) คือ น้อย ปานกลาง และมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส มีข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert rating scales) (Tanujaya et al., 2022) จำนวน 5 ตัวเลือก แปลข้อมูลโดยรวมและรายข้อ แบ่งระดับคะแนนทัศนคติ เป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของแดเนียล (Daniel & Cross, 2013) คือ น้อย ปานกลาง และมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส มีข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ แปลข้อมูลโดยรวมและรายข้อ แบ่งระดับคะแนนการรับรู้ เป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของแดเนียล (Daniel & Cross, 2013) คือ น้อย ปานกลาง และมาก

ส่วนที่ 5 ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสมีข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert rating scales) (Tanujaya et al., 2022) จำนวน 5 ตัวเลือก เป็นข้อความเชิงบวก แปลข้อมูลโดยรวมและรายข้อ แบ่งระดับคะแนนพฤติกรรม เป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของแดเนียล (Daniel & Cross, 2013) คือ น้อย ปานกลาง และมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability)

ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ช่วยตรวจสอบความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการศึกษา จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนี ความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ของข้อคำถามแต่ละข้อ ผู้วิจัยนำข้อคำถาม ที่คำนวณได้มีค่าตั้งแต่ 0.5-1.00 จึงมีความเที่ยงตรงใช้ได้ ใช้ในแบบสอบถาม

ความเชื่อมั่น (Reliability Test) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข จากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาตรวจให้คะแนนเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

2. ขออนุมัติหนังสือลงพื้นที่ทำวิจัยและเก็บข้อมูล จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเจ็ดบาท ตำบลแหลมสอม อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง ถึง ผู้นำหมู่บ้านในพื้นที่ เพื่อขอทดสอบเครื่องมือและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

3. หลังได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมก่อนเก็บข้อมูล โดยผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวหรือปฏิเสธการตอบคำถามได้ตลอดเวลา ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ และเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตนของผู้เข้าร่วม

4. เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์

5. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่ศึกษากับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน ตำบลแหลมสอม อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง โดยใช้ Chi-square test ในการทดสอบทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่ม (categorical variables) อธิบายด้วยค่า p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 หากข้อมูลในตาราง 2x2 มีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 หรือเกิน 20% พิจารณาใช้สถิติ Fisher's Exact Test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา SCPHYLIRB-2568/559 ลงวันที่ 27 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 344 คน (ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 340 คน แต่สามารถเก็บข้อมูลได้ 344 คนและนำมาวิเคราะห์ทั้งหมด) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 173 คน (ร้อยละ 50.3) และเพศหญิง 171 คน (ร้อยละ 49.7) โดยอยู่ในช่วงอายุ 39–58 ปี มากที่สุด 181 คน (ร้อยละ 52.6) รองลงมาอายุมากกว่า 58 ปี (ร้อยละ 24.1) และอายุน้อยกว่า 39 ปี (ร้อยละ 23.3) อายุมัธยฐานเท่ากับ 49 ปี (ต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 82 ปี) ด้าน

การศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 36.9) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. (ร้อยละ 24.7) และมัธยมศึกษา ตอนต้น (ร้อยละ 19.2) ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (ร้อยละ 53.2) รองลงมารับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 27.9) และค้าขายหรือ ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 10.2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 74.4) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 69.5) แหล่งน้ำที่ใช้ในครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นน้ำประปา (ร้อยละ 66.0) รองลงมาคือน้ำบ่อ (ร้อยละ 28.2) ด้านประสบการณ์การเดินทางน้ำซังหรือสัมผัสดิน ชื้นแฉะ พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยสัมผัส (ร้อยละ 57.8) ส่วนใหญ่ไม่เคยป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส (ร้อยละ 96.5) และพบว่าส่วนใหญ่มีรองเท้าบูทสำหรับป้องกัน (ร้อยละ 93.6) ซึ่งสะท้อนถึงความพร้อมด้านอุปกรณ์ป้องกันในระดับหนึ่งของประชาชนในพื้นที่ศึกษา

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับสูง โดยข้อคำถามส่วนใหญ่มีผู้ตอบถูกมากกว่าร้อยละ 80 ประเด็นที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ การไปพบแพทย์ทันทีเมื่อสงสัยว่าป่วย ความรุนแรงของโรคที่อาจถึงเสียชีวิต และการสวมรองเท้าบูทหรือถุงมือยางเพื่อลดความเสี่ยง ขณะที่บางประเด็นมีการตอบถูกต่ำกว่า เช่น แหล่งรังโรคจากปัสสาวะหนูและความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน โดยภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก จำนวน 337 คน (ร้อยละ 97.97) รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 2.03 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 13.47 ± 1.31 คะแนน ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสของกลุ่มตัวอย่าง n=344

จัดกลุ่มระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (0-5.00 คะแนน)	0	0.00
ปานกลาง (5.01-10.00 คะแนน)	7	2.03
มาก (10.01-15.00 คะแนน)	337	97.97
Mean (S.D.)	13.47 (1.31)	

3. ทักษะเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับมาก โดยมีความเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 3.72-4.51 คะแนน โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูง ได้แก่ ความเชื่อว่าโรคฉี่หนูมีความรุนแรงต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ความสำคัญของความร่วมมือในชุมชน และการปฏิบัติ

ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขณะที่การรับรู้ว่าคุณในครอบครัวมีความเสี่ยงต่อการติดโรครอยู่ในระดับปานกลาง โดยภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะในระดับมาก จำนวน 298 คน (ร้อยละ 86.63) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 8.14) และระดับน้อย (ร้อยละ 5.23) สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนมีทักษะที่เหมาะสมต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติโดยรวมเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสของกลุ่มตัวอย่าง (n = 344)

ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (15.00-35.00 คะแนน)	18	5.23
ปานกลาง (35.1-55.00 คะแนน)	28	8.14
มาก (55.01-75.00 คะแนน)	298	86.63
Median (Min-Max)	66.00 (15.00-75.00)	

4. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยการรับรู้ว่าคุณเคยมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การเดินลุยน้ำท่วมขัง มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ขณะที่การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรครอยู่ในระดับมาก เช่น การล้างมือและอาบน้ำหลังสัมผัสน้ำหรือดินสกปรก การสวมรองเท้าบูทยาง และการหลีกเลี่ยงพื้นที่น้ำท่วมขัง ส่วนการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง โดยอุปสรรค

สำคัญคือไม่สามารถหลีกเลี่ยงการทำงานในพื้นที่น้ำขังได้ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันมีความยุ่งยาก ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรครอยู่ในระดับมาก โดยประชาชนเชื่อว่าสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงได้ โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 55.5) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.8) ซึ่งสะท้อนว่าประชาชนมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคในระดับค่อนข้างดี ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้โดยรวมเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสของกลุ่มตัวอย่าง (n = 344)

ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (15.00-35.00 คะแนน)	16	4.7
ปานกลาง (35.1-55.00 คะแนน)	137	39.8
มาก (55.01-75.00 คะแนน)	191	55.5
Median (Min-Max)	57.00 (15.00-75.00)	

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมระหว่าง 3.80-4.53 คะแนน พฤติกรรมที่พบมาก ได้แก่ การเปลี่ยนเสื้อผ้าและอาบน้ำหลังสัมผัสพื้นที่เสี่ยง การทำความสะอาดแผล และการล้างมือหลังการทำงานหรือการลุยน้ำ นอกจากนี้ยังมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เช่น

รองเท้านบูท ถุงมือ และการสวมเสื้อผ้าที่เหมาะสม รวมถึงการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในครัวเรือน โดยภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับมาก จำนวน 284 คน (ร้อยละ 82.6) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 13.0) และระดับน้อย (ร้อยละ 4.4) ซึ่งสะท้อนว่าประชาชนในพื้นที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับค่อนข้างดี ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมโดยรวมเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสของกลุ่มตัวอย่าง (n = 344)

จัดกลุ่มระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (15.00-35.00 คะแนน)	15	4.4
ปานกลาง (35.1-55.00 คะแนน)	45	13.0
มาก (55.01-75.00 คะแนน)	284	82.6
Median (Min-Max)	66.00 (15.00-75.00)	

6. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

การมีรองเท้าบูท มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) โดยกลุ่มที่มีรองเท้าบูทมีสัดส่วนของพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับมากสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มี

รองเท้าบูทอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อ

ด้านระดับความรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสในระดับมากมีสัดส่วนของพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับมากสูงกว่ากลุ่มที่มีความรู้ระดับปานกลางอย่างชัดเจน และพบว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)



ด้านระดับทัศนคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติในระดับมากมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับมากสูงกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติในระดับน้อยและปานกลางอย่างชัดเจน โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ในระดับมากมีส่วนของพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับมากสูงกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ระดับน้อยและปานกลางอย่างชัดเจน และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม			X ²	df	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
ความเพียงพอของรายได้						
ไม่เพียงพอ	5	23	60	18.84	2	0.001
เพียงพอ	10	22	224			
การมีรองเท้าบูท						
มี	9	42	271	29.87	2	0.001
ไม่มี	6	3	13			
ระดับความรู้						
ปานกลาง	1	5	1	17.68*		0.001
มาก	14	40	283			
ระดับทัศนคติ						
น้อย	11	1	6	64.89*		0.001
ปานกลาง	1	9	18			
มาก	3	35	260			
ระดับการรับรู้						
น้อย	9	2	5	62.96*		0.001
ปานกลาง	6	28	103			
มาก	0	15	176			

*Fisher's Exact Test

การอภิปรายผล

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนตำบลแหลมสอม อำเภอบะ

เหลียน จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง 344 คน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Chi-square test ผลการวิเคราะห์พบว่าความเพียงพอของรายได้ การมีรองเท้าบูท ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับการรับรู้



เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส แหล่งน้ำใช้ ประสพการณ์การลุยน้ำขัง และประวัติการป่วย ไม่พบความสัมพันธ์ ประเด็นสำคัญจากผลการศึกษา มีดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในระดับมาก (ร้อยละ 82.6) โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การเปลี่ยนเสื้อผ้าและอาบน้ำหลังสัมผัสพื้นที่เสี่ยง การทำความสะอาดบาดแผล และการล้างมือหลังลุยน้ำ ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนว่าประชาชนในพื้นที่ที่มีความตระหนักและปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐฉิ ใจเที่ยง (2566) ที่พบว่าเกษตรกรในพื้นที่เสี่ยงจังหวัดศรีสะเกษมีพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับดี โดยเฉพาะด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลหลังการทำงาน และสอดคล้องกับสมศรี สามารถ (2567) ที่รายงานว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้ดีกว่า

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาตามกรอบทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1974) อธิบายได้ว่า ระดับพฤติกรรมที่ดีเป็นผลจากการรับรู้ความเสี่ยง (perceived susceptibility) ว่าพื้นที่อาศัยเป็นแหล่งระบาด ประกอบกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) จากกรณีผู้เสียชีวิตในตำบลแหลมสอม (ขวัลลักษณ์ เหง้าป้อง, 2566) ซึ่งกลายเป็นสิ่งกระตุ้นให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างไรก็ตาม พฤติกรรมบางด้าน เช่น การหลีกเลี่ยงการลุยน้ำขัง อาจมีข้อจำกัดจากลักษณะอาชีพเกษตรกรรมของประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ สอดคล้องกับ Kerdphon (2024) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม

การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้อย่างเป็นระบบสามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเกษตรกรได้แม้จะมีข้อจำกัดจากลักษณะอาชีพ

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

2.1 ความเพียงพอของรายได้ ความเพียงพอของรายได้สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) โดยผู้ที่มีรายได้เพียงพอมีส่วนของพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับมากสูงกว่าอย่างชัดเจน (ร้อยละ 87.5 เทียบกับร้อยละ 68.2) ข้อค้นพบนี้อธิบายได้ว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากผู้ที่มีรายได้เพียงพอสามารถจัดหาอุปกรณ์ป้องกัน เช่น รองเท้าบูทหรือถุงมือยาง และเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากกว่า สอดคล้องกับณัฐฉิ ใจเที่ยง (2566) ที่พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค และสอดคล้องกับ Pathman et al. (2018) ที่รายงานว่าในชุมชนชนบทของมาเลเซีย สถานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยร่วมที่กำหนดความสามารถในการป้องกันโรคของประชาชน

ในบริบทของตำบลแหลมสอม ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวนยางพาราและสวนปาล์ม น้ำมัน รายได้จึงมีความผันผวนตามราคาผลผลิต ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพออาจต้องเลือกลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก่อน เช่น ไม่ซื้อรองเท้าบูทใหม่ทดแทนคู่เดิมที่ชำรุด ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขควรพิจารณาสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลแก่กลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้น้อยเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงมาตรการป้องกันโรค

2.2 การมีรองเท้าบูท การมีรองเท้าบูทสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติ ($p = 0.001$) โดยผู้ที่มีร่องเท้าบูทมีสัดส่วน พฤติกรรมป้องกันในระดับมากสูงถึงร้อยละ 84.2 ขณะที่ ผู้ไม่มีร่องเท้าบูทมีเพียงร้อยละ 59.1 ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่าการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลเป็นปัจจัยเอื้อ (enabling factor) ที่ส่งเสริมให้ประชาชนปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคได้จริง เนื่องจากร่องเท้าบูทช่วย ป้องกันเชื้อ *Leptospira* ที่ปนเปื้อนในดินชื้นแฉะและน้ำ ชังไม่ให้สัมผัสผิวหนังโดยตรง โดยเฉพาะบริเวณเท้าและ ขาซึ่งเป็นจุดสัมผัสหลักในขณะทำงาน

ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ Arbiol et al. (2016) ที่ศึกษาในชุมชนริมทะเลสาบประเทศฟิลิปปินส์ พบว่าความรู้และทัศนคติเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรม ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โดยเฉพาะเกษตรกรที่มี คะแนนพฤติกรรมป้องกันต่ำกว่ากลุ่มอื่น สะท้อนว่า อาชีพที่ต้องสัมผัสดินและน้ำเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ต้อง ได้รับการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ป้องกัน และสอดคล้อง กับปฐมพร พริกชู และนัจมี หลีสหัต (2566) ที่เสนอ แนวทางป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่จังหวัดตรัง โดยเน้นการส่งเสริมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลร่วมกับการ จัดการสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม แม้กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีร่องเท้าบูท (ร้อยละ 93.6) แต่ยังมีกลุ่มที่ไม่มี ร่องเท้าบูท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ สะท้อนความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจกับ การเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันตามที่กล่าวข้างต้น

2.3 ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับ โรคเลปโตสไปโรซิส ปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ และการ รับรู้ ล้วนสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก (ร้อยละ 97.97; $M = 13.47 \pm 1.31$) มีทัศนคติในระดับมาก (ร้อยละ 86.63) และมีการรับรู้ในระดับมาก (ร้อยละ 55.5) ซึ่งทั้งสาม ปัจจัยสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่าง

ชัดเจน สะท้อนว่าประชาชนในตำบลแหลมสอมมีความ พร้อมทั้งด้านองค์ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ ที่เอื้อต่อ การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค

ด้านความรู้ ข้อค้นพบสอดคล้องกับทฤษฎี การเรียนรู้ของ Bloom et al. (1971) ที่อธิบายว่า ความรู้เป็นพื้นฐานของกระบวนการทางปัญญาที่นำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เมื่อประชาชนมีความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และวิธีป้องกันโรค ย่อมมี แนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้ดีกว่า สอดคล้อง กับ Muhanga และ Malungo (2018) ที่ศึกษาใน ประเทศแทนซาเนีย พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมี ความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีความเข้าใจ คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับแหล่งรังโรค โดยเฉพาะประเด็น ที่ว่าปัสสาวะหนูเป็นแหล่งแพร่เชื้อหลัก จึงควรเน้นการ สื่อสารความเสี่ยงในประเด็นเฉพาะดังกล่าวเพิ่มเติม

ด้านทัศนคติและการรับรู้ ข้อค้นพบ สอดคล้องกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ที่อธิบายว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) ล้วนเป็น ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมด้านสุขภาพ ข้อค้นพบที่น่าสนใจ คือ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเคยมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การเดินลุยน้ำท่วมขัง ขณะเดียวกันยังรับรู้อุปสรรคว่าไม่ สามารถหลีกเลี่ยงการทำงานในพื้นที่น้ำขังได้ สะท้อนถึง ความขัดแย้งระหว่างการเรียนรู้ว่าอะไรดีกับข้อจำกัดใน การปฏิบัติจริง ซึ่งเป็นจุดที่หน่วยงานสาธารณสุขควรเข้า มาเสริมด้วยมาตรการที่เป็นรูปธรรม เช่น การสนับสนุน อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล แทนที่จะเน้นเฉพาะการให้ ความรู้เพียงอย่างเดียว



ผลการศึกษาข้างต้นสอดคล้องกับสมศรี สามารถ (2567) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนจังหวัดกระบี่ และสอดคล้องกับ Pathman et al. (2018) ที่ศึกษาในชุมชนเมืองและชนบทของมาเลเซียตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าความรู้ทัศนคติ และความเชื่อด้านสุขภาพสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสทั้งในชุมชนเมืองและชนบท ทั้งนี้ ระดับความรู้และทัศนคติที่ดีของกลุ่มตัวอย่างอาจเป็นผลจากการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเจ็ดบาทและเครือข่าย อสม. ที่ให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับกรณีผู้เสียชีวิตจากโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ (ขวาลักษณ์ เห่งสีป้อง, 2566) ที่อาจเป็นตัวกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความรุนแรงของโรค

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษาดังนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ซึ่งเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกัน จึงสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคได้เพียงเชิงความสัมพันธ์ และไม่สามารถสรุปเหตุและผลได้อย่างชัดเจน การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามอาจเกิดอคติจากการตอบของผู้ให้ข้อมูล เช่น การตอบตามความคาดหวังของสังคม หรือการจดจำข้อมูลย้อนหลังคลาดเคลื่อน นอกจากนี้ การศึกษาดำเนินการเฉพาะประชาชนในพื้นที่ตำบลแหลมสอม อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง จึงอาจสะท้อนบริบทของพื้นที่ศึกษาเท่านั้น อีกทั้งปัจจัยที่ศึกษาอาจยังไม่ครอบคลุมปัจจัยอื่น ๆ เช่น วัฒนธรรมชุมชน การสนับสนุนจากครอบครัว หรือการเข้าถึงบริการสุขภาพ และข้อมูลพฤติกรรมเป็นการรายงานตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากพฤติกรรมจริงในชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ (สำหรับการนำผลไปใช้จริง)

1.1 หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรส่งเสริมกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น พื้นที่เกษตรกรรม หรือพื้นที่ที่มีน้ำท่วมขัง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการของโรค และวิธีการป้องกันโรคอย่างถูกต้อง

1.2 ควรส่งเสริมและสนับสนุนการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เช่น รองเท้าบูท ถุงมือยาง หรืออุปกรณ์ป้องกันอื่น ๆ สำหรับประชาชนที่ต้องทำงานในพื้นที่เสี่ยง เพื่อช่วยลดโอกาสในการสัมผัสเชื้อโรคจากสิ่งแวดล้อม

1.3 ควรพัฒนากิจกรรมสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน โดยใช้เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการถ่ายทอดความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสแก่ประชาชนในพื้นที่

1.4 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในชุมชน เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์หนู การจัดการสิ่งปฏิกูล และการดูแลความสะอาดของพื้นที่อยู่อาศัย เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยในพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในแต่ละพื้นที่

2.2 ควรพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการ ระดับชุมชน และประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสใน อย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2568). *แพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคดิจิทัล Digital Disease Surveillance*.
<https://ddsdoe.ddc.moph.go.th/ddss/>
- ชวัลลักษณ์ เห่งสีป่อง. (2566, 30 กรกฎาคม). รายงานการสอบสวนการเสียชีวิตด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส หมู่ 2 ตำบลแหลมสอม อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง [เอกสารอัดสำเนา].
- ณัฐภูมิ ใจเที่ยง. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน ตำบลโคกตาล อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ [รายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ].
- ปฐมพร พริกชู. (2567). รายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังเชื้อมีพิษก่อโรคเลปโตสไปโรซิสในสัตว์พาหะนำโรคและสิ่งแวดล้อม [เอกสารอัดสำเนา].
- ปฐมพร พริกชู, และนัจมี หลีสหัด. (2566). การพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ตลาดชุมชนเมือง ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 19(1), 49–63.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/260673>
- พรพิทักษ์ พันธุ์หล้า, และวิมวิการ์ ศักดิ์ชัยนานนท์. (2564). แนวทางการป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยใช้หลักการทางระบาดวิทยาและการทำประชาสัมพันธ์ในชุมชน. *อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์*.
- ลิลาวรรณ สุขโซ, ขยูนิจ มหาสิงห์, และภาวินี ดั่งเงิน. (2567). โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis): ข้อมูล ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2567. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
<https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/%E0%B9%81%E0%B8%88%E0%B9%89%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%95%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%99%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%20Leptospirosis%2014.8.2024.pdf>
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเจ็ดบาท ตำบลแหลมสอม อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง. (2567). *ข้อมูลทั่วไป* [เอกสารอัดสำเนา].
- สมศรี สามารถ. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, 55(7), 1–15.
- Arbiol, J., Orenco, P. M., Romena, N., Nomura, H., Takahashi, Y., & Yabe, M. (2016). Knowledge, attitude and practices towards leptospirosis among lakeshore communities of Calamba and Los Baños, Laguna, Philippines. *Agriculture*, 6(2), Article 18.
<https://doi.org/10.3390/agriculture6020018>



- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs*, 2(4), 324–508.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons.
- Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2013). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (10th ed.). John Wiley & Sons.
- Kerdphon, P. (2024). Effectiveness of the learning program on leptospirosis prevention behavior among at-risk farmers in the community. *Journal of Environmental and Community Health*, 9(6), 60–61.
- Muhanga, M. I., & Malungo, J. R. (2018). Health literacy and associated factors under one health approach in selected wards in Eastern Tanzania: A multiple regression analysis. *Tengeru Community Development Journal*, 5(1), 1–18.
- Pathman, A., Aziah, B. D., Zahiruddin, W. M., et al. (2018). Knowledge, attitudes, practices and health beliefs toward leptospirosis among urban and rural communities in Northeastern Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 2425.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15112425>
- Tanujaya, B., Prahmana, R. C. I., & Mumu, J. (2022). Likert scale in social sciences research: Problems and difficulties. *FWU Journal of Social Sciences*, 16(4), 89–101.
<https://doi.org/10.51709/19951272/Winter2022/7>

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่
รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง
Factors Influencing Blood Pressure Control Among Hypertensive Patients
in the Service Area of Nai Tao Subdistrict Health Promoting Hospital,
Trang Province

กิตติเมธ ไสเกื้อ

Kittimet Saikuea

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

Nai Tao Subdistrict Health Promoting Hospital, Huai Yot District, Trang Province

(Received: March 23, 2026; Accepted: April 9, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Cronbach's alpha = 0.86) และแบบบันทึกระดับความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.50) มีอายุเฉลี่ย 60.37 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 78.50) และร้อยละ 67.00 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.85, S.D. = 0.51) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.31) ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean = 3.27) ผลการวิเคราะห์พหุตัวแปรพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง (Adjusted OR = 10.66, 95% CI: 7.15-22.03, $p < 0.001$) และ 2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมระดับปานกลางและระดับสูง (Adjusted OR = 5.17 และ 6.66 ตามลำดับ, $p < 0.001$) ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่าความสำเร็จในการควบคุมโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่สัมพันธ์โดยตรงกับความตระหนักถึงความรุนแรงและอุปสรรคในการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ รพ.สต. ควรปรับปรุงแบบการให้สุศึกษาที่เน้นให้เห็นภาพภาวะแทรกซ้อนที่ชัดเจนเพื่อสร้างความตระหนัก พร้อมทั้งจัดบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อร่วมค้นหาแนวทางลดอุปสรรคที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย เพื่อยกระดับประสิทธิภาพในการควบคุมโรคอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การควบคุมความดันโลหิต, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, การรับรู้อุปสรรค



Abstract

This cross-sectional research aimed to study the levels of health beliefs and factors influencing blood pressure control among hypertensive patients in the service area of Nai Tao Subdistrict Health Promoting Hospital, Trang Province. The sample consisted of 200 registered patients. Data collection tools included a general information questionnaire, a health belief model questionnaire (Cronbach's alpha = 0.86), and a blood pressure record form. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression.

The results revealed that the majority of the participants were female (76.50%), with an average age of 60.37 years, primarily engaged in agriculture (78.50%), and 67.00% were unable to control their blood pressure levels. Overall health beliefs were at a high level (Mean = 3.85, S.D. = 0.51), with perceived susceptibility having the highest mean score (Mean = 4.31), while perceived barriers had the lowest (Mean = 3.27). Multivariate analysis identified two factors significantly influencing blood pressure control: 1) high perceived severity of the disease (Adjusted OR = 10.66, 95% CI: 7.15-22.03, $p < 0.001$) and 2) moderate and high perceived barriers to behavioral practices (Adjusted OR = 5.17 and 6.66, respectively, $p < 0.001$). These findings reflect that success in disease control does not depend solely on knowledge but is directly related to the awareness of severity and barriers in daily practice. The research suggests that health promoting hospitals should adapt health education models to emphasize clear visualizations of complications to raise awareness, alongside providing individual counseling to identify lifestyle-congruent strategies for reducing barriers to enhance sustainable disease control efficiency.

Keywords : Health Belief Model, Blood Pressure Control, Hypertensive Patients, Perceived Barriers

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) นับเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นภัยเงียบ (Silent killer) ที่คุกคามประชากรทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ภาวะนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่นำไปสู่โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการในระยะยาว องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ได้เปิดเผยรายงานในปี ค.ศ. 2023 ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันมีผู้ป่วยประมาณ 1.28 พันล้านคน ทว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 21.00 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (WHO, 2023) สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ทวีความรุนแรงขึ้นเช่นเดียวกัน ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2566 ระบุว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพไทย และมีแนวโน้มพบในประชากรที่อายุน้อยลง (กองโรคไม่ติดต่อ, 2566) ความล้มเหลวในการควบคุมโรคไม่ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายมหาศาลแก่ระบบสาธารณสุขระดับประเทศในการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา

การจัดการโรคความดันโลหิตสูงให้ประสบความสำเร็จนั้น ไม่สามารถพึ่งพาเพียงประสิทธิภาพของการใช้ยา (Pharmacological treatment) เพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Lifestyle modification) อย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง กระบวนการดังกล่าวมีความซับซ้อนและสัมพันธ์โดยตรงกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

(Health Belief Model: HBM) ซึ่งเป็นทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ทฤษฎีนี้อธิบายว่าบุคคลจะไม่ยอมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมหากปราศจากการรับรู้ใน 4 มิติหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (Perceived benefits) และ 4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) (Becker, 1974) งานวิจัยหลายฉบับในช่วงหลังปี ค.ศ. 2020 ยืนยันตรงกันว่าปัจจัยด้านจิตสังคม โดยเฉพาะการรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงต่อความร่วมมือในการใช้ยาและพฤติกรรม การลดการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วย (Yue et al., 2021; Simkhada et al., 2020) หากผู้ป่วยมีความเชื่อที่คลาดเคลื่อน เช่น เข้าใจว่าไม่มีอาการแสดงคือหายป่วยแล้ว หรือมองว่าการปรับโภชนาการเป็นเรื่องยุ่งยาก การควบคุมโรคย่อมล้มเหลวในที่สุด

เมื่อพิจารณาบริบทในระดับพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน พบว่าสถานการณ์การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงกำลังเผชิญกับความท้าทายที่สำคัญ ข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ (พ.ศ. 2567-2569) แสดงให้เห็นถึงความผันผวนและความไม่ยั่งยืนของผลลัพธ์ทางสุขภาพ กล่าวคือ ในปีงบประมาณ 2567 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา 334 ราย ควบคุมความดันโลหิตได้ดี 217 ราย (ร้อยละ 64.97) ต่อมาในปี 2568 สถานการณ์มีแนวโน้มดีขึ้น โดยมีผู้ป่วย 331 ราย ควบคุมได้ดี 222 ราย (ร้อยละ 67.07) อย่างไรก็ตาม



ข้อมูลล่าสุดในปีงบประมาณ 2569 กลับพบว่ามีผู้ป่วยสะสมเพิ่มขึ้นเป็น 339 ราย แต่กลุ่มที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ลดลงเหลือเพียง 213 ราย (ร้อยละ 62.83) ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำที่สุดในรอบ 3 ปีสถิติที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในปี 2569 สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการให้บริการสาธารณสุขหรือการให้สุขศึกษาแบบเดิม (Routine health education) ที่เน้นเพียงการให้ความรู้ทั่วไป อาจไม่เพียงพอที่จะปรับเปลี่ยนความเชื่อพื้นฐานของคนในชุมชน นอกจากนี้ บริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่มีความเฉพาะตัวของพื้นที่อาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อที่แตกต่างออกไป เช่น การใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน หรือข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่ชนบทของไทยที่พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพมักเกิดจากความเชื่อที่ฝังรากลึกและการขาดแรงจูงใจภายใน (Khammathit et al., 2021) การเพิกเฉยต่อสถานการณ์ดังกล่าวโดยไม่ค้นหาปัจจัยต้นเหตุ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้พัฒนาไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงในอนาคต

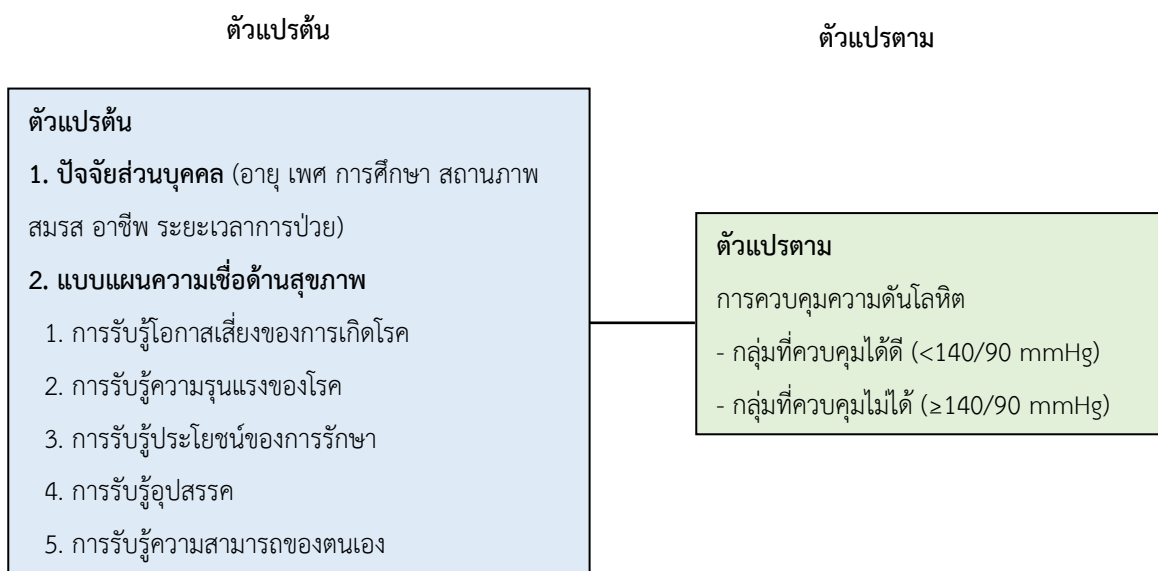
ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดัน

โลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง เพื่อมุ่งศึกษาว่าองค์ประกอบใดในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เป็นปัจจัยทำนายความสำเร็จหรือล้มเหลวในการควบคุมโรค องค์ความรู้ที่สังเคราะห์ได้จากการวิจัยจะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้คำปรึกษาที่จำเพาะเจาะจง (Tailored intervention) สอดคล้องกับบริบทความเชื่อของพื้นที่ เพื่อยกระดับอัตราการควบคุมความดันโลหิตให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross sectional research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเดา อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง โดยมีจำนวนประชากรทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการในปีล่าสุดรวมทั้งสิ้น 342 คน โดยข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการ สำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรจำนวน 342 คน โดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% จากการคำนวณจะได้ค่าประมาณ 181.16 ดังนั้น ต้องใช้ขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างอย่างน้อย 182 คน แต่เพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือและป้องกันความเสี่ยงจากกรณีข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงควรเก็บเผื่อไว้อีกอย่างน้อยร้อยละ 10 รวมขนาดตัวอย่างที่ต้องจัดเก็บจริง (Total Sample Size) จำนวน 200 คน

การกำหนดเกณฑ์สำหรับอาสาสมัครในโครงการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่โครงการ (Inclusion criteria) ต้องเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรักษากับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเดามาแล้วอย่างน้อย 1 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล และยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) จะคัดออกหากพบภาวะความดันโลหิตสูงระดับ

วิกฤต (Systolic มากกว่า 180 mmHg หรือ Diastolic มากกว่า 110-120 mmHg) เจ็บป่วยรุนแรง มีความบกพร่องด้านการรับรู้และการสื่อสาร หรือไม่สามารถอยู่ร่วมโครงการได้จนจบ

เกณฑ์การถอนตัวจากการศึกษา (Withdrawal criteria) อาสาสมัครสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่เสียสิทธิการรักษา ทั้งนี้ ผู้วิจัยอาจพิจารณายุติการศึกษาในอาสาสมัครได้ทันทีเพื่อความปลอดภัย หากเกิดภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือประหม่นแล้วว่าอาจเกิดอันตรายต่ออาสาสมัคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุม 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ไปจนถึงระดับ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) สำหรับการแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ย ได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนน 3.68-5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34-3.67) และระดับต่ำ (คะแนน 1.00-2.33)

ส่วนตอนที่ 3 เป็นแบบบันทึกข้อมูลระดับความดันโลหิต ซึ่งดำเนินการบันทึกโดยผู้วิจัยหรือเจ้าหน้าที่จำนวน 2 ครั้ง โดยแปลผลออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ควบคุมได้ดี (Systolic < 140 และ Diastolic < 90

mmHg) และกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ (Systolic $\geq$ 140 หรือ Diastolic $\geq$ 90 mmHg)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการผ่าน 2 ขั้นตอน ได้แก่ การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.69 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) รวมเท่ากับ 0.86 โดยจำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง 0.82 ความรุนแรง 0.79 ประโยชน์ 0.84 อุปสรรค 0.81 และความสามารถของตนเอง 0.88

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

(1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

(2) อธิบายระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และนำผลการวิเคราะห์มาเทียบกับเกณฑ์ และแปลความหมายของค่าเฉลี่ย สำหรับการแปลผลคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) โดยแบ่งช่วงชั้นออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (1.00 – 2.33) ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67) และระดับสูง (3.68 – 5.00)

(3) อธิบายปัจจัยของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่โครงการ SCPHYLIRB-2569/099 วันที่รับรอง 26 กุมภาพันธ์ 2569 ผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการลงนามเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย สำหรับข้อมูลที่เก็บรวบรวมเป็นความลับ และผู้วิจัยรายงานผลในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.50 และเพศชาย ร้อยละ 23.50 มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 50.50 รองลงมาคืออายุ 51-60 ปี ร้อยละ 37.50

โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 60.37 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.47 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือ คู่ ร้อยละ 82.00 รองลงมาคือโสด ร้อยละ 8.00 สำหรับระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่คือประถมศึกษา ร้อยละ 54.00 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 26.00 ด้านข้อมูลทางเศรษฐกิจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 78.50 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 10.50 โดยมีกลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 54.00 และกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 46.00 ซึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 12,414.50 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6,435.55 สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 11.20 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.03 และเมื่อพิจารณาด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 67.00 ในขณะที่กลุ่มที่ควบคุมได้ มีร้อยละ 33.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 200)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	47	23.50
หญิง	153	76.50
2. อายุ		
30-40 ปี	2	1.00
41-50 ปี	22	11.00
51-60 ปี	75	37.50
60 ปีขึ้นไป	101	50.50
Mean ± S.D. (Min : Max)	60.37 ± 8.47 (37 : 78)	
3. สถานภาพสมรส		
โสด	16	8.00



คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
คู่	164	82.00
หม้าย	15	7.50
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	2.50
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.50
ประถมศึกษา	108	54.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	52	26.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	28	14.00
อนุปริญญา/ปวส.	4	2.00
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	3.50
5. อาชีพ		
ค้าขาย	16	8.00
รับจ้าง	21	10.50
เกษตรกร	157	78.50
ธุรกิจส่วนตัว	2	1.00
อื่นๆ	4	2.00
6. รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	92	46.00
10,000 บาทขึ้นไป	108	54.00
Mean $\pm$ S.D. (Min : Max)	12,414.50 $\pm$ 6,435.55 (1,500 : 25,000)	
7. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)		
น้อยกว่า 10 ปี		
10 ปี ขึ้นไป		
Mean $\pm$ S.D. (Min : Max)	11.20 $\pm$ 6.03 (1 : 25)	
8. การควบคุมระดับความดันโลหิต		
ควบคุมได้	66	33.00
ควบคุมไม่ได้	134	67.00

2. ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.85, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับสูงจำนวน 3 ด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Mean = 4.31, S.D. = 0.65) รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของการ

รักษา (Mean = 4.28, S.D. = 0.54) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Mean = 3.82, S.D. = 1.09) ตามลำดับ สำหรับด้านที่อยู่ในระดับปานกลางมีจำนวน 2 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Mean = 3.57, S.D. = 0.68) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean = 3.27, S.D. = 1.01) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (n = 200)

ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)	Mean	S.D.	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	4.31	0.65	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.82	1.09	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	4.28	0.54	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม	3.27	1.01	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.57	0.68	ปานกลาง
รวม	3.85	0.51	สูง

3. การวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง

การวิเคราะห์อย่างหยาบเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิต พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จำนวน 4 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีค่า OR = 1.96 (95% CI: 1.07-3.56, $p = 0.028$) และกลุ่มที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป มีค่า OR = 0.39 (95% CI: 0.22-0.73,

$p = 0.003$) เมื่อเทียบกับกลุ่มอ้างอิง สำหรับปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง มีค่า OR = 32.83 (95% CI: 29.29-51.19, $p < 0.001$) และกลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมระดับปานกลางและระดับสูง มีค่า OR = 18.33 (95% CI: 7.09-47.39, $p < 0.001$) และ 32.27 (95% CI: 11.99-86.83, $p < 0.001$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง

ปัจจัย	OR	95%CI	p-value
1. เพศ			
ชาย	Ref.		
หญิง	1.24	0.58-2.65	0.588
2. อายุ			
30-60 ปี	Ref.		
60 ปีขึ้นไป	1.96	1.07-3.56	0.028
3. สถานภาพสมรส			
โสด	Ref.		
คู่	0.43	0.12-1.58	0.206
หม้าย	0.64	0.12-3.47	0.600
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	0.35	0.04-3.08	0.341
4. ระดับการศึกษาสูงสุด			
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	Ref.		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	0.39	0.22-0.73	0.003
5. อาชีพ			
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	Ref.		
รับจ้าง/เกษตรกรกรรม/อื่นๆ	0.78	0.39-1.59	0.508
6. รายได้ต่อเดือน (บาท)			
น้อยกว่า 10,000 บาท	Ref.		
10,000 บาทขึ้นไป	1.27	0.70-2.29	0.426
7. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)			
น้อยกว่า 10 ปี	Ref.		
10 ปี ขึ้นไป	1.24	0.68-2.25	0.487
8. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค			
ต่ำ	Ref.		
ปานกลาง	1.59	0.19-10.19	0.521
สูง	4.56	0.44-5.19	0.316
9. การรับรู้ความรุนแรงของโรค			
ต่ำ	Ref.		
ปานกลาง	9.75	0.51-18.75	0.131
สูง	32.83	29.29-51.19	<0.001

ปัจจัย	OR	95%CI	p-value
10. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา			
ต่ำ	Ref.		
ปานกลาง	1.33	0.09-18.19	0.829
สูง	4.62	0.41-51.99	0.216
11. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม			
ต่ำ	Ref.		
ปานกลาง	18.33	7.09-47.39	<0.001
สูง	32.27	11.99-86.83	<0.001
12. การรับรู้ความสามารถของตนเอง			
ต่ำ	Ref.		
ปานกลาง	1.52	0.32-7.20	0.596
สูง	1.57	0.33-7.49	0.568

4. การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง

การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิต พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า กลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ (OR Adjust =

10.66, 95% CI: 7.15-22.03, $p < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับปานกลาง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR Adjust = 9.16, 95% CI: 0.36-23.98, $p = 0.18$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม พบว่า กลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลางและระดับสูง มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ โดยมีค่า OR Adjust เท่ากับ 5.17 (95% CI: 3.37-9.18, $p < 0.001$) และ 6.66 (95% CI: 4.12-11.71, $p < 0.001$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง

ปัจจัย	OR _{Crude}	OR _{Adjust}	95%CI	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรค				
ต่ำ	Ref.	Ref.		
ปานกลาง	9.75	9.16	0.36-23.98	0.180
สูง	32.83	10.66	7.15-22.03	<0.001

ปัจจัย	OR _{Crude}	OR _{Adjust}	95%CI	p-value
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม				
ต่ำ	Ref.	Ref.		
ปานกลาง	18.33	5.17	3.37-9.18	<0.001
สูง	32.27	6.66	4.12-11.71	<0.001

อภิปรายผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.85, S.D. = 0.51) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความตระหนักรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับสูงถึง 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.31) รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (Mean = 4.28) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Mean = 3.82) ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการให้สุศึกษาในระดับปฐมภูมิประสบความสำเร็จในการทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายและผลกระทบของโรค NCDs ตลอดจนมองเห็นข้อดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประเด็นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทยานนเลพล (2567) ที่พบว่าการประยุกต์ใช้โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการรับรู้เชิงบวกเหล่านี้เป็นกลไกสำคัญที่สร้างแรงจูงใจให้เกิดความตั้งใจในการดูแลสุขภาพ นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญเพิ่มเติม กล่าวคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Mean = 3.57) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Mean = 3.27) กลับอยู่ในระดับปานกลาง การที่ผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคน้อยที่สุดสะท้อนให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยจะมีความรู้รอบด้านเกี่ยวกับ

โรค แต่ในบริบทการใช้ชีวิตจริง ผู้ป่วยยังคงเผชิญกับข้อจำกัด (เช่น ความยากลำบากในการปรับตัวเพื่อรับประทานอาหารลดโซเดียม หรือข้อจำกัดด้านเวลา) ส่งผลให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการกับโรคให้สำเร็จลุล่วงยังไม่สูงเท่าที่ควร ข้อค้นพบในประเด็นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฬาลักษณ์จันท์ใหม่แย้ม และคณะ (2566) ที่ระบุว่าอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อความร่วมมือในการรักษา หากผู้ป่วยขาดความมั่นใจหรือรู้สึกว่าการอุปสรรคที่ต้องเผชิญนั้นยากเกินไป โอกาสที่จะล้มเหลวในการควบคุมโรคย่อมสูงขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาของ มงคล การุณงามพรรณ และคณะ (2565) ยังช่วยสนับสนุนแนวคิดนี้ว่า การลดอุปสรรคและเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญต่อการจัดการโรคความดันโลหิตสูง

จากการวิเคราะห์หาค่าตัวแปรเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง พบว่ามีตัวแปรที่สามารถทำนายผลการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้ ปัจจัยแรก การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับรู้ในระดับสูง มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตอย่าง



ชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ (OR Adjust = 10.66, 95% CI: 7.15-22.03, $p < 0.001$) ผลการศึกษานี้อธิบายได้ตามหลักการของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า เมื่อผู้ป่วยตระหนักถึงความร้ายแรงและผลกระทบที่ตามมาของภาวะความดันโลหิตสูง เช่น การเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง หรือภาวะไตวาย จะเกิดเป็นแรงจูงใจภายในที่ผลักดันให้เกิดความตื่นตัวในการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด ประเด็นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชื่นกมล สิริขันธ์ (2565) ที่ศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงอันตรายของโรคอย่างถ่องแท้จะมีความร่วมมือในการรักษาและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มที่มองข้ามความรุนแรง ปัจจัยที่สอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม พบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลางและระดับสูง มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ (OR Adjust = 5.17, $p < 0.001$ และ 6.66, $p < 0.001$ ตามลำดับ) สะท้อนให้เห็นว่าในบริบทการใช้ชีวิตจริงของผู้ป่วย แม้จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเป็นอย่างดี แต่อุปสรรคต่าง ๆ เช่น ความไม่สะดวกในการจัดเตรียมอาหารลดโซเดียม ข้อจำกัดด้านเวลาในการออกกำลังกาย หรือความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนความเคยชินเดิม ยังคงเป็นปัจจัยขัดขวางที่ทรงอิทธิพลอย่างมากต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในชุมชน (วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 2567) ที่ยืนยันว่า การรับรู้และจัดการกับอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หากผู้ป่วยรู้สึกว่าการอุปสรรคนั้นยาก

เกินกว่าจะก้าวผ่าน การควบคุมโรคในระยะยาวก็จะล้มเหลว

สรุปได้ว่า ความสำเร็จในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการทั้งสองมิติเข้าด้วยกัน กล่าวคือ การปฏิบัติงานสาธารณสุขของ รพ.สต. ในระยะต่อไป ต้องมุ่งเน้นการให้สุขภาพศึกษาที่ย้ำถึงความรุนแรงของโรคเพื่อสร้างความตระหนัก ควบคู่ไปกับการเข้าไปมีส่วนร่วมค้นหาและแก้ไขอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย การออกแบบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ช่วยลดอุปสรรคและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน จะเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การปรับปรุงแบบการให้สุขภาพศึกษาเพื่อเพิ่มความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา ควรปรับปรุงหลักสูตรการให้สุขภาพศึกษาในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยเปลี่ยนจากการให้ความรู้พื้นฐานแบบบรรยายทางเดียว มาเป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นย้ำให้เห็นภาพผลกระทบที่รุนแรงและอันตรายของภาวะแทรกซ้อน (เช่น ภาวะไตวายที่ต้องฟอกเลือด หรือความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง) โดยอาจใช้สื่อภาพเคลื่อนไหว หรือการบอกเล่าประสบการณ์จากกรณีศึกษาจริงในชุมชน (Case study) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความร้ายแรงของโรค เกิดแรงจูงใจภายใน และให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างเคร่งครัดมากยิ่งขึ้น

2. การจัดบริการให้คำปรึกษาแบบจำเพาะเจาะจงเพื่อลดอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยขัดขวางที่สำคัญที่สุด บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงควรเพิ่มบทบาทในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) แบบ

รายบุคคล โดยร่วมกับผู้ป่วยในการวิเคราะห์ข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหาการจัดหาวัตถุดิบทำอาหารลดโซเดียม ข้อจำกัดด้านเวลาในการออกกำลังกาย หรือผลกระทบจากการประกอบอาชีพ จากนั้นจึงร่วมกันวางแผนหาทางออกที่สามารถปฏิบัติได้จริงและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล (Tailored intervention) ซึ่งกระบวนการนี้จะช่วยลดอุปสรรคและเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การสร้างกลไกสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายในระดับชุมชน ควรมีการบูรณาการความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์การบริหารส่วนตำบล และครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อสร้างกลไกสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังระดับหมู่บ้านเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดัดแปลงอาหารพื้นถิ่นสูตรลดเค็ม การส่งเสริมการทำกิจกรรมทางกายร่วมกันในชุมชน รวมถึงการจัดระบบให้ อสม. ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อวัดความดันโลหิตและให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยสามารถรักษาวินัยในการดูแลสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2566. กรมควบคุมโรค.
- เกวรินทร์ สีสด, จินตนา แว้ชรสินธุ์, และ ปิยะมาศ กล้าเอม. (2567). ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 18(3), 882–895.
- จุฬาศิภาณูจน์ ใหม่แย้ม, ธวัชรัตน์ ศิริธรรม, จรินทร์ทิพย์ บุญชด, และ อรชนก ชูเอียด. (2566). การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข*, 1(3), 16–27.

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนางานวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่เน้นการจัดการอุปสรรครายบุคคลควบคู่กับการกระตุ้นความตระหนักในความรุนแรงของโรค เพื่อยกระดับการควบคุมความดันโลหิตให้เห็นผลเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อค้นหาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังอุปสรรคในการดูแลตนเองของคนในพื้นที่

สำหรับการขยายขอบเขตการศึกษา ควรเพิ่มตัวแปรด้านความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว รวมถึงขยายพื้นที่ศึกษาไปยังบริบทอื่นเพื่อเปรียบเทียบผลและนำไปสู่การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมยิ่งขึ้นต่อไป



- ชื่นกมล ลิทธิยอติง. (2565). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 2(2), 46–60.
- นันทยา นนเลาพล. (2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพธิ์สวรรค์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 9(4), 575–584.
- มงคล การุณงามพรรณ, อัฒมา ชื่นบุญ, และ ศรีญญ พงศ์ประเสริฐสิน. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาคาทอลิกในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 8(1), 104–120.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 324–473.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.
- Khammathit, A., Duangpaeng, S., & Kotnara, I. (2021). Factors predicting self-care behaviors among patients with uncontrolled essential hypertension in rural areas of Northeast Thailand. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 22(3), 393–402.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- Simkhada, R., Acharya, B., & Shrestha, B. (2020). Health belief model and medication adherence in hypertension: A systematic review of literature. *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), 2530–2545.
- World Health Organization. (2023). *Global report on hypertension: The race against a silent killer*. World Health Organization.
- Yue, P., Hu, C., Wang, Y., & Wu, Y. (2021). Health belief model-based evaluation of the factors associated with hypertension control behaviors in community residents. *Annals of Palliative Medicine*, 10(2), 1696–1704.

การพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง
Development of a Process for Driving the Improvement of Older Adults' Quality of
Life in Yan Ta Khao District, Trang Province

กรรณิกา รัตนกุล

Kannika Rattanakul

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

(Received: March 25, 2026; Accepted: April 10, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง 2) ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE ของกระบวนการที่พัฒนาขึ้น และ 3) เปรียบเทียบแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้กระบวนการขับเคลื่อนที่พัฒนาขึ้น ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart จำนวน 1 วงรอบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล บูรณาการร่วมกับการวัดผลแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการในพื้นที่ตำบลทุ่งกระปือ อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 21 คน คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จำนวน 25 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 301 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแนวคำถามสนทนากลุ่ม แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ และแบบประเมินคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired Samples t-test และ Wilcoxon Signed-Rank Test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการขับเคลื่อนที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ โครงสร้างกลไกการขับเคลื่อนผ่าน พชอ. และ พชต. ขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ระยะ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบคลุม 5 มิติ ระบบข้อมูลเชื่อมโยง การยกย่องชื่นชมและแบ่งปันทรัพยากร และการถอดบทเรียนเพื่อสร้างความยั่งยืน ผลการประเมินความเหมาะสมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.02$) ความเป็นไปได้อยู่ในระดับสูง ($M = 3.88$) และคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE อยู่ในระดับสูง ($M = 3.93$) ภายหลังการดำเนินการกระบวนการขับเคลื่อน ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.56 เป็น 3.71 และคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.66 เป็น 3.77 ทุกมิติมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมิติสังคมมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ; การวิจัยเชิงปฏิบัติการ; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ



Abstract

This research aimed to 1) develop a process for driving the improvement of older adults' quality of life in Yan Ta Khao District, Trang Province; 2) evaluate the appropriateness, feasibility, and quality of the developed process based on UCCARE criteria; and 3) compare social support and quality of life among older adults before and after implementing the developed process. An action research methodology based on Kemmis and McTaggart's framework was employed, consisting of one cycle of four phases: planning, action, observation, and reflection, integrated with a one-group pretest-posttest design. The study was conducted in Thung Krabue Subdistrict, Yan Ta Khao District, Trang Province. Participants were divided into three groups: 21 members of the District Health Board (DHB), 25 members of the Subdistrict Quality of Life Development Subcommittee, and 301 older adults selected through proportional stratified random sampling. Research instruments included focus group discussion guides, in-depth interview guides, a social support questionnaire (Cronbach's alpha = 0.87), a quality of life questionnaire covering five dimensions (Cronbach's alpha = 0.84–0.86), an appropriateness and feasibility assessment form (Cronbach's alpha = 0.86), and a UCCARE quality assessment form (Cronbach's alpha = 0.88). Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, Paired Samples t-test, and Wilcoxon Signed-Rank Test at the .05 significance level. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings revealed that the developed process comprised six key components: a driving mechanism through DHB and subcommittee structures, a three-phase operational procedure, quality of life development activities covering five dimensions, an integrated data system, appreciation and resource sharing, and lesson-learned sessions for sustainability. The overall appropriateness was rated at a high level ($M = 4.02$), feasibility at a high level ($M = 3.88$), and UCCARE quality at a high level ($M = 3.93$). After implementation, social support among older adults significantly increased ($p < .001$), with mean scores rising from 3.56 to 3.71. Overall quality of life also significantly improved ($p < .001$), with mean scores increasing from 3.66 to 3.77. All five dimensions showed statistically significant improvement, with the social dimension demonstrating the greatest increase (mean difference = 0.21), followed by the technology and learning dimension (mean difference = 0.20).

Keywords: quality of life of older adults; action research; District Health Board

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และปัจจุบันมีผู้สูงอายุมากกว่า 12 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 6 ของประชากรทั้งหมด โดยมีแนวโน้มก้าวสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอนาคต อันเป็นผลจากอัตราการเกิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่องร่วมกับอายุคาดเฉลี่ยที่สูงขึ้น (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2560; สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง ความต้องการบริการสุขภาพและการดูแลระยะยาว ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ตลอดจนภาระการดูแลของครอบครัวและสังคม ขณะเดียวกันผู้สูงอายุยังเผชิญปัญหาทางจิตสังคม เช่น ความโดดเดี่ยวทางสังคมและภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุกในระยะยาว (Kallestrup-Lamb et al., 2024; Reiner & Steinhoff, 2024; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567; Aung et al., 2021)

ในเชิงนโยบาย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570) มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ทุกช่วงวัย (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566) แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกหลักในการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ภายใต้อำเภอ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561) ทั้งนี้ การดำเนินงานพัฒนาดังกล่าวมักประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) และเกณฑ์ UCCARE ซึ่งประกอบด้วย การทำงาน

เป็นทีม การมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชน การชื่นชมและให้คุณค่า การแบ่งปันทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร และการดูแลที่จำเป็น (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

สำหรับบริบทจังหวัดตรัง ข้อมูลปี พ.ศ. 2566 พบสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 20.66 ซึ่งถือเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (Aged Society) และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2578 (สำนักงานสถิติจังหวัดตรัง, 2567) เช่นเดียวกับพื้นที่อำเภอย่านตาขาวที่มีผู้สูงอายุจำนวน 11,238 คน (ร้อยละ 20.09) นอกจากนี้ ฐานข้อมูลการดูแลระยะยาว (Long Term Care: 3C) ปี พ.ศ. 2567 ระบุว่าผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงจำนวน 423 คน หรือร้อยละ 3.76 ของผู้สูงอายุทั้งหมด สถานการณ์นี้สะท้อนถึงภาระการดูแลระยะยาวในระดับครัวเรือนและชุมชนที่เพิ่มสูงขึ้น (ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล Long Term Care: 3C, 2567)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการบริหารจัดการที่มีเอกภาพภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ บูรณาการทรัพยากร และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (กิตติ กรรภิรมย์, 2560; วัฒนา นันทะเสน, 2558; ธเนศ ภัทรวินกุล, 2560) แม้มีงานวิจัยระบุว่าการใช้กลไก พชอ. เป็นปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จ (ณัฏฐ์ ไบยา และยุพิน แต่งอ่อน, 2565; ปัญญา พละศักดิ์, 2564) แต่อย่างไรก็ตาม งานศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มักเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ขณะที่การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนผ่านกลไก พชอ. และประเมินผลอย่างเป็นระบบยังมีจำกัด

แม้พื้นที่อำเภอย่านตาขาวจะขับเคลื่อนงาน พชอ. อย่างต่อเนื่อง แต่ยังเผชิญข้อจำกัดด้านความ



ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ งบประมาณ ความต่อเนื่องของบุคลากรผู้รับผิดชอบ รวมถึงทักษะการวิเคราะห์ปัญหา การสร้างการมีส่วนร่วม และการถอดบทเรียน (วาระการประชุม พขอ. 2/2567, 2567) ข้อจำกัดเหล่านี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนตามกรอบแนวคิด DHS และ UCCARE (กระทรวงสาธารณสุข, 2561; สมยศ ศรีจารนัย, 2561)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอยานตาขาว จังหวัดตรัง โดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (2005) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ พร้อมประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE ตลอดจนเปรียบเทียบแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินงาน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับพื้นที่อย่างยั่งยืนต่อไปวิธีดำเนินการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอยานตาขาว จังหวัดตรัง
2. เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE ของกระบวนการที่พัฒนาขึ้น
3. เพื่อเปรียบเทียบแรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อการจัดการบริการของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้กระบวนการขับเคลื่อนที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (2005) โดยดำเนินการจำนวน 1 วนรอบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการการประเมินผลลัพธ์รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ เพื่อเปรียบเทียบแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการดำเนินการขับเคลื่อนที่พัฒนาขึ้น โดยกำหนดระยะเวลาดำเนินการวิจัยในพื้นที่ตำบลทุ่งกระบือ อำเภอยานตาขาว จังหวัดตรัง ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ผู้มีบทบาทขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับอำเภอและระดับตำบล และ 2) ประชากรผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ตำบลทุ่งกระบือ จำนวน 1,384 คน สำหรับการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จำนวน 21 คน ดำเนินการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคำสั่งแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ

กลุ่มที่ 2 คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พขต.) ตำบลทุ่งกระบือ จำนวน 25 คน ดำเนินการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคำสั่งแต่งตั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และ 2 (รวมจำนวน 46 คน) มีบทบาทสำคัญในการร่วมพัฒนากระบวนการขับเคลื่อน

พร้อมทั้งประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และคุณภาพการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE

กลุ่มที่ 3 ประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลทุ่งกระบือ จำนวน 301 คน ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด (1,384 คน) โดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970) และดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิเป็นสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) จำแนกตามสัดส่วนประชากรในพื้นที่ทั้ง 9 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างนี้ทำหน้าที่ให้ข้อมูลในขั้นตอนการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test และ Post-test) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันทั้งสองครั้ง

เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีภูมิลำเนาในพื้นที่ตำบลทุ่งกระบือ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจน รวมถึงยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ หรือย้ายออกจากพื้นที่ในระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจำแนกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ 1) เครื่องมือสำหรับพัฒนากระบวนการขับเคลื่อน และ 2) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับพัฒนากระบวนการขับเคลื่อน ประกอบด้วย แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 6 ประเด็นรวม 14 ข้อ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จำนวน 8 ข้อ แบบบันทึกการสังเกตการณ์ จำนวน 8 ประเด็น อุปกรณ์บันทึกเสียง

และแบบบันทึกการประชุมสะท้อนผลเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน

ทั้งนี้ เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และได้รับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Reliability) ด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ สถานภาพทางการเงิน ภาระหนี้สิน ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพหรือโรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การครอบครองที่อยู่อาศัย ลักษณะที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ลักษณะห้องน้ำ อาชีพ และประวัติการเกี่ยวข้องกับสารเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ประยุกต์จากแนวคิดของ House (1981) จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ การแปลผลใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยของ Best (1977) จำแนกเป็น ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพ (15 ข้อ) มิติสภาพแวดล้อม (2 ข้อ) มิติเศรษฐกิจ (3 ข้อ) มิติสังคม (4 ข้อ) และมิติเทคโนโลยีและการเรียนรู้ (6 ข้อ) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และแปลผลตามเกณฑ์ของ Best (1977)



เช่นเดียวกับส่วนที่ 2 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาครายมิติ ดังนี้ มิติสุขภาพเท่ากับ 0.85 มิติสภาพแวดล้อมเท่ากับ 0.84 มิติเศรษฐกิจเท่ากับ 0.86 มิติสังคมเท่ากับ 0.84 และมิติเทคโนโลยีและการเรียนรู้เท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของกระบวนการขับเคลื่อน สำหรับเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการ พขอ. และ พชต. จำนวน 46 คน รวมทั้งสิ้น 16 ข้อ แบ่งเป็นด้านความเหมาะสมจำนวน 8 ข้อ และด้านความเป็นไปได้จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลตามเกณฑ์ของ Best (1977) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE ประยุกต์จากแบบประเมินของกระทรวงสาธารณสุข (2567) สำหรับเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการ พขอ. และ พชต. จำนวน 46 คน รวมทั้งสิ้น 18 ข้อ ครอบคลุม 6 องค์ประกอบ (องค์ประกอบละ 3 ข้อ) ได้แก่ การทำงานเป็นทีม (Unity Team) การมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) และการดูแลที่จำเป็น (Essential Care) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลตามเกณฑ์ของ Best (1977) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ

เครื่องมือเชิงปริมาณทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อติตรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง สาธารณสุขอำเภอยานตาขาว และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ซึ่งผลการประเมินพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน ซึ่งมีบริบทและลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวางแผน ขั้นการปฏิบัติ ขั้นการสังเกตการณ์ และขั้นการสะท้อนผล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นการวางแผน (Planning) ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) และคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา อุปสรรค ตลอดจนแนวทางการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับมาพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

2. ขั้นการปฏิบัติ (Action): ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 301 คน ด้วยเครื่องมือแบบสอบถาม พร้อมทั้งกำหนดรหัสประจำตัวเพื่อจับคู่ข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง หลังจากนั้นจึงนำ

กระบวนการขับเคลื่อนที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติจริงร่วมกับ พขอ. พชต. และภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่

3. ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation): ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลผ่านการสังเกตการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มเดิม นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ให้คณะกรรมการ พขอ. และ พชต. ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE

4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflection): ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และจัดประชุมสะท้อนผลร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค ตลอดจนข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงกระบวนการขับเคลื่อนให้มีความเหมาะสมและเกิดความยั่งยืนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไป แรสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE สำหรับการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินการ กระบวนการ ผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) เพื่อพิจารณาเลือกสถิติทดสอบ หากข้อมูลแจกแจงแบบปกติจะใช้สถิติทดสอบค่าที่แบบกลุ่มตัวอย่างไม่อิสระจากกัน (Paired Samples t-test) แต่หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นจะใช้สถิติทดสอบวิลคอกซอน (Wilcoxon Signed-Rank Test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวบรวมจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตการณ์ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่และสังเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นสำคัญ เพื่ออธิบายกระบวนการขับเคลื่อน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค ตลอดจนข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง หมายเลขการรับรอง IRB of BCNC 8/2568 ลงวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 301 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.15 มีอายุเฉลี่ย 68.63 ปี (SD = 9.37) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 51.83 นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 53.49 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลายร้อยละ 60.13 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 67.11 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 47.18 มีรายได้เฉลี่ย 6,967 บาทต่อเดือน มีสถานภาพทางการเงินเพียงพอแต่ไม่มีเงินออมร้อยละ 43.52 ไม่มีภาระหนี้สินร้อยละ 62.79 มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 73.42 มีโรคประจำตัวร้อยละ 53.82 ครอบครัวกรรมสิทธิ์ที่อยู่อาศัยร้อยละ 93.69 อาศัยในบ้านที่มีลักษณะเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุร้อยละ 88.37 และสมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติเกี่ยวข้องกับสารเสพติดร้อยละ 94.35

2. ผลการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อน ผลการสนทนากลุ่มร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) และคณะอนุกรรมการพัฒนา



คุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จำนวน 46 คน สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้ ประเด็นปัญหาหลัก ประกอบด้วย การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง การขาดแคลนผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด และข้อจำกัดด้านงบประมาณ นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมสนทนามีข้อเสนอแนะให้กำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน จัดการประชุมรายไตรมาส กำหนดตัวชี้วัดที่สามารถวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนจัดกิจกรรมถอดบทเรียนอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

สำหรับกระบวนการขับเคลื่อนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Planning, Action, Observation, Reflection: PAOR) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) โครงสร้างกลไกการขับเคลื่อนผ่าน พขอ. และ พชต. 2) ขั้นตอนการ

ดำเนินงาน 3 ระยะ ซึ่งใช้ระยะเวลารวม 6 เดือน 3) กิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบครัว 5 มิติ 4) ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงผ่านระบบ Trang Care 5) การยกย่องชื่นชมและการแบ่งปันทรัพยากร และ 6) การถอดบทเรียนเพื่อสร้างความยั่งยืน

ทั้งนี้ ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) มาปรับปรุงกระบวนการขับเคลื่อนฉบับสมบูรณ์ใน 7 ประเด็น ได้แก่ การขยายระยะเวลาดำเนินการ การพัฒนาระบบฐานข้อมูล การเพิ่มกิจกรรมเพื่อยกย่องชื่นชม การบูรณาการงบประมาณข้ามแหล่งทุน การเพิ่มกิจกรรมเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน การจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงาน ตลอดจนการถอดบทเรียนอย่างต่อเนื่องทุก 6 เดือน

3. ผลการประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE (n = 46)

ความเหมาะสม	M	SD	ระดับ	ความเป็นไปได้	M	SD	ระดับ
1. องค์ประกอบกระบวนการ	4.30	0.66	สูง	1. การนำไปใช้จริงในพื้นที่	3.89	0.56	สูง
2. ขั้นตอนการดำเนินงาน	4.11	0.56	สูง	2. ศักยภาพบุคลากร	3.93	0.67	สูง
3. บทบาทหน้าที่	3.87	0.68	สูง	3. ความเพียงพอของงบประมาณ	3.54	0.77	ปานกลาง
4. กลไกการประสานงาน	3.98	0.68	สูง	4. ความเพียงพอของทรัพยากร	3.70	0.72	สูง
5. ตัวชี้วัด	3.78	0.69	สูง	5. ความพร้อมของภาคีเครือข่าย	4.00	0.72	สูง
6. กิจกรรม 5 มิติ	4.13	0.68	สูง	6. ความพร้อมของชุมชน	4.15	0.69	สูง
7. ระยะเวลา	3.76	0.70	สูง	7. ความยั่งยืนของกระบวนการ	4.02	0.74	สูง
8. ความสอดคล้องกับนโยบาย พขอ.	4.24	0.56	สูง	8. การขยายผล	3.78	0.75	สูง
รวม	4.02	0.23	สูง	รวม	3.88	0.24	สูง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์

คุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE	M	SD	ระดับ
U: Unity Team	4.12	0.37	สูง
C: Customer Focus	3.90	0.51	สูง
C: Community Participation	3.91	0.42	สูง
A: Appreciation	3.88	0.41	สูง
R: Resource Sharing	3.86	0.37	สูง
E: Essential Care	3.89	0.37	สูง
รวม UCCARE	3.93	0.19	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่า การประเมินความเหมาะสมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.02$) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า องค์ประกอบกระบวนการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.30$) รองลงมาคือความสอดคล้องกับนโยบาย พขอ. ($M = 4.24$)

ด้านความเป็นไปได้ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.88$) โดยประเด็นความพร้อมของชุมชนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.15$) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ความเพียงพอของงบประมาณเป็นเพียงประเด็นเดียวที่อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.54$)

จากตารางที่ 2 คุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับสูง ($M = 3.93$) โดยองค์ประกอบด้านการทำงานเป็นทีม (Unity Team) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.12$) ในขณะที่องค์ประกอบด้านการแบ่งปันทรัพยากร (Resource Sharing) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 3.86$)

4. ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินกระบวนการขับเคลื่อน

ภายหลังการดำเนินกระบวนการขับเคลื่อนผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($W = 3949.50, p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.56 (ระดับปาน

กลาง) เป็น 3.71 (ระดับสูง) คิดเป็นค่าเฉลี่ยผลต่างเท่ากับ 0.16 (95% CI [0.138, 0.180]) สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมพบว่า ภายหลังการดำเนินการกระบวนการขับเคลื่อนมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.29, p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.66 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.77 (ระดับสูง) คิดเป็นค่าเฉลี่ยผลต่างเท่ากับ 0.11 (95% CI [0.092, 0.124]) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นรายมิติ พบว่า ทุกมิติมีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการดำเนินการกระบวนการขับเคลื่อนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) โดยมีมิติสังคมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.21, 95% CI [0.171, 0.244]) ซึ่งเพิ่มจาก 3.57 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.78 (ระดับสูง) รองลงมาคือ มิติเทคโนโลยีและการเรียนรู้ (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.20, 95% CI [0.160, 0.232]) เพิ่มจาก 3.54 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.74 (ระดับสูง) และมิติสภาพแวดล้อม (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.13, 95% CI [0.071, 0.185]) เพิ่มจาก 3.66 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.79 (ระดับสูง) ตามลำดับ ในส่วนของมิติเศรษฐกิจ (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.09, 95% CI [0.049, 0.129]) มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.08 เป็น 3.17 ซึ่งยังคงอยู่ในระดับปานกลาง



เช่นเดียวกับมิติสุขภาพ (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.05, 95% CI [0.034, 0.074]) ที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทั้งก่อน

การทดลอง (3.83) และหลังการทดลอง (3.89) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการกระบวนการขับเคลื่อน (n = 301)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง M (SD)	หลังการทดลอง M (SD)	Mean Diff.	95% CI	สถิติ	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.56 (0.51)	3.71 (0.46)	0.16	[0.138, 0.180]	3949.50 ¹	< .001*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.66 (0.50)	3.77 (0.45)	0.11	[0.092, 0.124]	13.29 ²	< .001*
มิติสุขภาพ	3.83 (0.57)	3.89 (0.53)	0.05	[0.034, 0.074]	11541.50 ¹	< .001*
มิติสภาพแวดล้อม	3.66 (0.67)	3.79 (0.73)	0.13	[0.071, 0.185]	5139.50 ¹	< .001*
มิติเศรษฐกิจ	3.08 (0.75)	3.17 (0.80)	0.09	[0.049, 0.129]	6431.00 ¹	< .001*
มิติสังคม	3.57 (0.60)	3.78 (0.61)	0.21	[0.171, 0.244]	3349.50 ¹	< .001*
มิติเทคโนโลยีและการเรียนรู้	3.54 (0.65)	3.74 (0.62)	0.20	[0.160, 0.232]	4333.00 ¹	< .001*

หมายเหตุ: *p < .05, 1 =Wilcoxon Signed-Rank Test 2=Paired Samples t-test

อภิปรายผล

1. การพัฒนากระบวนการขับเคลื่อน

กระบวนการขับเคลื่อนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีลักษณะเด่นประการสำคัญคือ การเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (2005) นอกจากนี้ การบูรณาการกลไก พขอ. และ พชต. ที่มีอยู่เดิมแทนการจัดตั้งกลไกใหม่ ส่งผลให้กระบวนการดังกล่าวมีความเป็นไปได้สูงในการนำไปปฏิบัติจริง ประเด็นนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ญัตติ ไบยา และยุพิน แดงอ่อน (2565) ที่พบว่ารูปแบบการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จมักอาศัยคณะกรรมการระดับอำเภอเป็นกลไกหลัก ตลอดจนสอดคล้องกับ ปัญญา พลศักดิ์ (2564) ที่ระบุว่าความร่วมมือของทุกภาคส่วนถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การจัดกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้ง 5 มิติยังสะท้อนถึงแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม สอดคล้องกับหลักการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ที่กำหนดให้ พขอ. มีบทบาทหน้าที่ยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนในทุกมิติ ทั้งนี้ ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ การนำผลสะท้อนกลับมาปรับปรุงกระบวนการขับเคลื่อนใน 7 ประเด็น โดยเฉพาะการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เพื่อบูรณาการงบประมาณนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของ สมยศ ศรีจารนัย (2561) ที่ระบุว่า การขับเคลื่อนงานผ่าน พขอ. จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการที่ชัดเจนและเป็นระบบ

2. ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE

ผลการประเมินความเหมาะสมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.02$) โดยประเด็นองค์ประกอบกระบวนการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.30$) รองลงมาคือความสอดคล้องกับนโยบาย พขอ. ($M = 4.24$) ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การออกแบบกระบวนการบนฐานกลไกเดิมควบคู่กับการเชื่อมโยงนโยบายระดับชาติส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานตระหนักถึงความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปริญาดา ทุนคำ (2563) สำหรับด้านความเป็นไปได้ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.88$) โดยประเด็นความพร้อมของชุมชนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.15$) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของทุนทางสังคมในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ประเด็นความเพียงพอของงบประมาณกลับมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.54$) ประเด็นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Nagaya et al. (2017) ที่พบข้อจำกัดด้านงบประมาณเช่นเดียวกัน ส่วนคุณภาพการขับเคลื่อนตามเกณฑ์ UCCARE ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับสูง ($M = 3.93$) โดยองค์ประกอบด้านการดำเนินงานเป็นทีม (Unity Team) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.12$) สะท้อนให้เห็นถึงจุดแข็งด้านการบูรณาการการทำงานข้ามหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับ ถนัด ไบยา และยุพิน แดงอ่อน (2565) ในขณะที่ยังคงมีข้อจำกัดด้านการแบ่งปันทรัพยากร (Resource Sharing) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 3.86$) แม้จะยังอยู่ในเกณฑ์ระดับสูงแต่ก็เป็นประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับปัญญา พละศักดิ์ (2564) ที่ชี้ให้เห็นว่า การบูรณาการทรัพยากรเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ

3. การเปรียบเทียบแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง

3.1 แรงสนับสนุนทางสังคม ภายหลังการดำเนินกระบวนการขับเคลื่อน ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($W = 3949.50$, $p < .001$, 95% CI [0.138, 0.180]) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.56 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.71 (ระดับสูง) ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า กระบวนการขับเคลื่อนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมที่เอื้อต่อการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในหลากหลายรูปแบบ อาทิ ระบบเพื่อนเยี่ยมเพื่อน กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และการสร้างความเชื่อมโยงภายในครอบครัว ซึ่งครอบคลุมแรงสนับสนุนทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ House (1981) ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านเครื่องมือ สิ่งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา มั่นล้วน และคณะ (2566) ที่พบว่าแรงสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนสอดคล้องกับ ชัยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์ และเสน่ห์ แสงเงิน (2568) ที่ระบุว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับแบบจำลองผลกระทบหลัก (Main Effect Model) ของ Cohen and Wills (1985) ที่อธิบายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลดีต่อสุขภาพและสุขภาวะโดยตรง โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยความเครียดเป็นตัวแปรส่งผ่าน (Mediator)

3.2 คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายมิติ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมภายหลังการดำเนินกระบวนการขับเคลื่อนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.29$, $p < .001$, 95% CI [0.092, 0.124]) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.66 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.77 (ระดับสูง) การเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนเฉลี่ยจากปานกลางไปสู่ระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการขับเคลื่อนที่ครอบคลุมทั้ง 5 มิติ สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณฐ

นนท์ ทวีสิน และคณะ (2566) ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบองค์รวมในทุกมิติ เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นรายมิติ ผู้วิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

1) มิติสังคม มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงสุด (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.21, 95% CI [0.171, 0.244]) จาก 3.57 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.78 (ระดับสูง) ($W = 3349.50, p < .001$) ผลลัพธ์นี้อธิบายได้ว่ากระบวนการขับเคลื่อนมีกิจกรรมที่ส่งเสริมมิตินี้โดยตรง เช่น การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ในครอบครัว การดูแลกลุ่มเปราะบาง และการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต กิจกรรมเหล่านี้ช่วยเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ Samadarshi et al. (2022) ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต

2) มิติเทคโนโลยีและการเรียนรู้ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นรองลงมา (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.20, 95% CI [0.160, 0.232]) จาก 3.54 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.74 (ระดับสูง) ($W = 4333.00, p < .001$) ปัจจัยสนับสนุนหลักมาจากกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ การป้องกันมิฉ้อฉลออนไลน์ และการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ในชุมชน ผลการศึกษาข้อนี้แนะนำให้เห็นว่า การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านเทคโนโลยี (Digital Literacy) สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล และควรเป็นประเด็นที่ได้รับความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อไป

3) มิติสภาพแวดล้อม มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.13, 95% CI [0.071, 0.185]) จาก 3.66 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.79 (ระดับสูง) ($W = 5139.50, p < .001$) ซึ่งเป็นผลสัมฤทธิ์จากกิจกรรมการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับ

ผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลทั่วไปชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.37) อาศัยอยู่ในบ้านที่มีความเหมาะสมอยู่แล้ว การปรับปรุงสภาพแวดล้อมจึงมุ่งเน้นไปที่สถานบริการสาธารณะเป็นหลัก

4) มิติเศรษฐกิจ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.09, 95% CI [0.049, 0.129]) จาก 3.08 เป็น 3.17 ($W = 6431.00, p < .001$) แม้การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนเฉลี่ยยังคงอยู่ในระดับปานกลาง และเป็นเพียงมิติเดียวที่ไม่มีการเปลี่ยนระดับการแปลผลผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับข้อมูลสถานะทางการเงินที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ หรือเพียงพอแต่ไม่มีเงินออม ปัญหาด้านเศรษฐกิจจึงถือเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่จำเป็นต้องอาศัยนโยบายระดับมหภาคและระยะเวลาในการแก้ไข ซึ่งสอดคล้องกับ Nagaya et al. (2017) ที่ระบุว่าข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากรเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในชนบท

5) มิติสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ยผลต่าง 0.05, 95% CI [0.034, 0.074]) โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทั้งก่อนการทดลอง (3.83) และหลังการทดลอง (3.89) ($W = 11541.50, p < .001$) การเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยนี้สามารถอธิบายได้ด้วยปรากฏการณ์เพดาน (Ceiling Effect) กล่าวคือ คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองของมิตินี้อยู่ในระดับสูงสุดเมื่อเทียบกับมิติอื่น จึงมีช่องว่างสำหรับการพัฒนาน้อยลง นอกจากนี้ยังสะท้อนถึงความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ที่เป็นทุนเดิม สอดคล้องกับ พยาม การดี และคณะ (2559) ที่พบว่าผู้สูงอายุในชนบทให้ความสำคัญกับแรงสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัว วัด และโรงพยาบาลเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำกระบวนการขับเคลื่อนฉบับสมบูรณ์ไปปฏิบัติจริง โดยบูรณาการการทำงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ที่มีอยู่เดิม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน

1.2 ควรบูรณาการงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผ่านการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าประเด็นด้านความเพียงพอของงบประมาณเป็นข้อจำกัดสำคัญ ($M = 3.54$ อยู่ในระดับปานกลาง)

1.3 ควรจัดกิจกรรมถอดบทเรียนอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 6 เดือน พร้อมทั้งผลักดันกระบวนการดังกล่าวให้ได้รับการบรรจุลงในแผนพัฒนาท้องถิ่นเพื่อสร้างความยั่งยืน

1.4 ภาครัฐและภาคีเครือข่ายควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในมิติเศรษฐกิจ

เป็นกรณีพิเศษ เนื่องจากเป็นมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (ก่อนการทดลอง 3.08, หลังการทดลอง 3.17) โดยควรเชื่อมโยงการดำเนินงานเข้ากับนโยบายการส่งเสริมอาชีพและการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

1.5 ควรเสริมสร้างกลไกการแบ่งปันทรัพยากร (Resource Sharing) ระหว่างหน่วยงานข้ามสังกัด เนื่องจากเป็นองค์ประกอบตามเกณฑ์ UCCARE ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M = 3.86$) ตลอดจนพัฒนาระบบฐานข้อมูลของแต่ละหน่วยงานให้มีความเชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างน้อย 2 วงรอบ เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของกระบวนการขับเคลื่อนฉบับสมบูรณ์ และติดตามผลการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลลัพธ์ในมิติเศรษฐกิจและมิติสุขภาพ

2.2 ควรขยายพื้นที่การศึกษาไปยังตำบลหรืออำเภออื่นที่มีบริบทแตกต่างออกไป เพื่อประเมินความเป็นไปได้และข้อจำกัดในการขยายผล (Scaling Up) ของรูปแบบการดำเนินงาน

2.3 ควรเพิ่มการศึกษาถึงปัจจัยเชิงสาเหตุอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อาทิ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยระดับครอบครัว และปัจจัยระดับชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (พชอ.)*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กัลยา มั่นล้วน, ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน, และณฤนาท กาญจนคลอด. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. *Journal of Roi Kaensam Academi*, 8(5), 348–360.
- กิตติ กรรภิรมย์. (2560). แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(ฉบับเพิ่มเติม 2), 154–162.

- ชัยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์, และเสน่ห์ แสงเงิน. (2568). แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 5(3), 145–158.
- ถนัด ไบยา, และยุพิน แดงอ่อน. (2565). การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 18(1), 59–68.
- ธเนศ ภัทรวรินกุล. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). *วารสารวิจัยและระบบสาธารณสุข*, 11(2), 245–258.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริญดา ทนคำ. (2563). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 14(3), 312–325.
- ปัญญา พละศักดิ์. (2564). การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 40–53.
- พยาม การดี, พรรณพิมล สุขวงษ์, และดาว เวียงคำ. (2559). การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 24(1), 29–39.
- วัฒนา นันทะเสน. (2568). การประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 7(3), 105–113.
- สมยศ ศรีจารนัย. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ. *วารสารวิชาการเขต* 12, 29(1), 45–58.
- สำนักงานสถิติจังหวัดตรัง. (2567). *รายงานสถิติจำนวนประชากรและสัดส่วนผู้สูงอายุจังหวัดตรัง ประจำปี 2566*. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570)*.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. (2561, 9 มีนาคม). ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. *ราชกิจจานุเบกษา*, 135(ตอนพิเศษ 54 ง), 1–6.
- ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล Long Term Care: 3C. (2567). *รายงานสรุปผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- วาระการประชุม พชอ. 2/2567. (2567). *รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครั้งที่ 2/2567*. อำเภอเฝ้าซ้าย จังหวัดตรัง.
- Aung, M. N., Moolphate, S., Koyanagi, Y. N., Suwanrat, S., Kitajima, T., & Muto, T. (2021). Caregiver burden and associated factors for the respite care needs among the family caregivers of community-dwelling senior citizens in Chiang Mai, Northern Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4999. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094999>
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.



- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Kallestrup-Lamb, M., Marin, A. O. K., Menon, S., & Sogaard, J. (2024). Aging populations and expenditures on health. *Journal of the Economics of Ageing*, 29, 100518. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2024.100518>
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 559–603). Sage.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- Nagaya, M., Tachibana, T., Sumi, Y., & Itoh, T. (2017). Quality of care for the elderly in rural Japan: A literature review. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi. Japanese Journal of Geriatrics*, 54(4), 513–521.
- Reiner, A., & Steinhoff, P. (2024). The association of social networks and depression in community-dwelling older adults: A systematic review. *Systematic Reviews*, 13, 161. <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02581-6>
- Samadarshi, S. C. A., Das, R., & Sahoo, K. C. (2022). Challenges and opportunities in elderly care: A systematic review of community-based interventions. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 9(3), 1450–1458.

การพัฒนาระบบการส่งเวรทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้รูปแบบ SBAR ในหอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of a Nursing Handover System Applying the SBAR Model in
an Inpatient Ward, Samchai Hospital, Kalasin Province

นิตยา ภูเลิศ

Nittaya Pulert

โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

(Received: March 10, 2026; Accepted: April 10, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และอุปสรรคของการส่งเวรทางการพยาบาล พัฒนาระบบการส่งเวรโดยประยุกต์ใช้รูปแบบ SBAR ให้สอดคล้องกับบริบทหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ และประเมินประสิทธิผลของระบบที่พัฒนาขึ้น รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ร่วมกับการประเมินผลเชิงทดลองขั้นพื้นฐานแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในจำนวน 9 คน ซึ่งเป็นประชากรเป้าหมายทั้งหมดในหน่วยงาน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสังเกตคุณภาพการส่งเวร แบบบันทึกระยะเวลา แบบบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนพัฒนาระบบ การส่งเวรทางการพยาบาลขาดรูปแบบมาตรฐาน โดยมีคะแนนคุณภาพการส่งเวรเฉลี่ย 17.11 คะแนน (S.D. = 4.40) จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน ภายหลังการใช้ระบบ พบว่าคะแนนคุณภาพการส่งเวรเพิ่มสูงขึ้นเป็น 36.44 คะแนน (S.D. = 3.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.666$, $p = .008$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความถูกต้องเพิ่มขึ้นจาก 7.67 เป็น 13.33 คะแนน ($p = .007$) ด้านความครบถ้วนเพิ่มขึ้นจาก 5.44 เป็น 12.22 คะแนน ($p = .007$) และด้านความเป็นระบบเพิ่มขึ้นจาก 4.00 เป็น 10.89 คะแนน ($p = .008$) นอกจากนี้ ระยะเวลาส่งเวรลดลงจาก 27.67 นาที เหลือ 19.00 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.547$, $p = .011$) และไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการส่งเวร โดยพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับมากที่สุด (Mean = 4.66, S.D. = 0.32) สรุปผลการวิจัยได้ว่าระบบการส่งเวรทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้รูปแบบ SBAR สามารถยกระดับคุณภาพการส่งเวรลดระยะเวลาการปฏิบัติงาน และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: การส่งเวรทางการพยาบาล, รูปแบบ SBAR, ความปลอดภัยของผู้ป่วย



Abstract

This study aimed to examine the current situation, problems, and barriers related to nursing handover, to develop a nursing handover system applying the SBAR model suitable for the inpatient ward at Samchai Hospital, Kalasin Province, and to evaluate the outcomes of the developed system. The study employed a research-and-development design combined with a quasi-experimental one-group pretest-posttest approach. The participants were 9 registered nurses working in the inpatient ward, representing the total target population of the unit. Data were collected using a semi-structured interview guide, a handover quality observation form, time recording forms, risk incident record forms, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and the Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that before implementation, nursing handover lacked a standardized format, and the overall handover quality score averaged 17.11 points (S.D. = 4.40) out of 40. After implementation, the overall handover quality score significantly increased to 36.44 points (S.D. = 3.21) ($Z = -2.666$, $p = .008$). Accuracy increased from 7.67 to 13.33 points ($p = .007$), completeness increased from 5.44 to 12.22 points ($p = .007$), and systematic process increased from 4.00 to 10.89 points ($p = .008$). The average handover duration significantly decreased from 27.67 minutes to 19.00 minutes ($Z = -2.547$, $p = .011$). No handover-related risk incidents were found after implementation. Nurses' overall satisfaction with the developed system was at the highest level (Mean = 4.66, S.D. = 0.32). These findings indicate that the nursing handover system applying the SBAR model, developed based on actual problems within the unit, can improve handover quality, reduce handover duration, and enhance patient safety in a concrete manner.

Keywords: Nursing handover, SBAR model, Patient safety

บทนำ

ปัจจุบัน ความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นเป้าหมายสำคัญสูงสุดของระบบบริการสุขภาพระดับสากล โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายใต้กระบวนการรักษาที่ซับซ้อน ทั้งนี้ ความผิดพลาดทางการแพทย์ยังคงเป็นปัญหาหลักที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษา ผลลัพธ์ทางสุขภาพและความเชื่อมั่นที่มีต่อระบบบริการสุขภาพ สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2021) ที่ระบุว่า การสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์เป็นสาเหตุหลักของความคลาดเคลื่อนทางการรักษาซึ่งสามารถป้องกันได้ ดังนั้น การพัฒนาระบบการสื่อสารให้มีความชัดเจน มีประสิทธิภาพ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงเป็นกลไกสำคัญในการลดความเสี่ยงและยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกกระบวนการบริการ

การสื่อสารทางการพยาบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีบทบาทประเมินอาการ เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง วางแผนการพยาบาล ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นต่อการรักษา การสื่อสารที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นระบบย่อมสนับสนุนความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ลดความคลาดเคลื่อน และส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างเหมาะสม ในทางตรงกันข้าม หากการสื่อสารขาดความชัดเจน ไร้มาตรฐาน หรือถ่ายทอดข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วน ย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการดูแล และส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง (Stewart & Hand, 2017)

กระบวนการสื่อสารที่สำคัญประการหนึ่งคือการส่งเวรทางการพยาบาล ซึ่งเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านความ

รับผิดชอบด้านการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรกลุ่มหนึ่งไปสู่อีกกลุ่มหนึ่ง กระบวนการดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการถ่ายทอดข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นลำดับขั้นตอน โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงทางคลินิก การตอบสนองต่อการรักษา ข้อควรระวังเฉพาะราย ตลอดจนกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องดำเนินการในเวรถัดไป หากการส่งเวรขาดมาตรฐานหรือขาดความเป็นระบบ ย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อการสูญหายของข้อมูลสำคัญ และอาจนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนในการดูแลรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวดี ขำปฏี และเบญจภรณ์ ตันจาน (2565) ซึ่งระบุว่า การส่งเวรที่ปราศจากมาตรฐานเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย ประเด็นดังกล่าวยิ่งทวีความสำคัญในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมักเผชิญข้อจำกัดด้านทรัพยากร อัตรากำลัง และภาระงานของบุคลากรที่อยู่ในระดับสูง

บริบทของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน มีภารกิจให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและอัตรากำลัง ปัจจุบันหน่วยงานมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน ซึ่งต้องหมุนเวียนปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบภาระงานหลายด้าน ได้แก่ การให้การพยาบาลโดยตรง การรับคำสั่งการรักษา การบันทึกทางการพยาบาล การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย บริบทการปฏิบัติงานดังกล่าวส่งผลให้ช่วงเวลาเปลี่ยนเวรมีภารกิจซ้อนทับกัน กระบวนการส่งเวรจึงมักเป็นไปอย่างเร่งรีบ ถูกขัดจังหวะ หรือถ่ายทอดข้อมูลสำคัญได้ไม่ครบถ้วน แม้ในทางปฏิบัติ พยาบาลจะใช้วิธีสื่อสารข้อมูลผ่านเคาน์เตอร์พยาบาล บันทึกข้อมูลลงในสมุดส่งเวร ตรวจสอบข้อมูลจากบันทึกทางการพยาบาลและระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ตลอดจนส่งต่อข้อมูล

เพิ่มเติมที่เตียงผู้ป่วยในรายที่มีอาการซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูง ทว่ารูปแบบการส่งเวรดังกล่าวยังคงยึดโยงกับประสบการณ์และวิจารณญาณส่วนบุคคลเป็นหลัก โดยยังไม่ปรากฏแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรม

สถานการณ์ข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ระบบการส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยในยังเผชิญข้อจำกัดด้านระบบการสื่อสาร โดยเฉพาะภายใต้เงื่อนไขข้อจำกัดด้านอัตรากำลังและภาระงานที่หนาแน่น การขาดมาตรฐานในการส่งเวรอาจส่งผลให้การถ่ายทอดข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย เช่น การเปลี่ยนแปลงของอาการ ข้อควรระวังเฉพาะบุคคล แผนการรักษาที่ต้องติดตาม และกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องดำเนินการต่อเนื่อง มีความไม่ครบถ้วนหรือขาดความชัดเจน ทำให้พยาบาลในเวรถัดไปต้องใช้เวลาทบทวนข้อมูลเพิ่มเติม และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์เกือบพลาด (Near miss) ในการดูแลผู้ป่วย แม้ทีมพยาบาลจะปฏิบัติงานโดยอาศัยการตรวจสอบซ้ำเพื่อป้องกันความผิดพลาดอย่างสม่ำเสมอ แต่ข้อจำกัดดังกล่าวตอกย้ำถึงความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาระบบการส่งเวรให้มีความชัดเจน กระชับ และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกันระดับหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รูปแบบ SBAR ซึ่งประกอบด้วย Situation, Background, Assessment และ Recommendation เป็นแนวทางการสื่อสารที่ได้รับการยอมรับระดับสากลว่าช่วยให้การสื่อสารทางคลินิกชัดเจน เป็นลำดับขั้นตอน กระชับ และครบถ้วนยิ่งขึ้น โดยเฉพาะสถานการณ์ที่ต้องส่งต่อข้อมูลสำคัญระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การส่งเวร การรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และการประสานงานสหสาขาวิชาชีพ (Stewart & Hand, 2017) นอกจากนี้ งานวิจัยในประเทศไทยยังสนับสนุนประสิทธิผลของรูปแบบ SBAR อย่างต่อเนื่อง

โดยพบว่าสามารถเพิ่มความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ยกระดับความพึงพอใจของพยาบาล และลดความคลาดเคลื่อนของการสื่อสาร (กฤษฎากร อินยา, 2566; ณัฐวดี ชำปฏี และเบญจภรณ์ ตันจาน, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย เชื้อทอง และชนากานต์ อนันตริยกุล (2567) ซึ่งพบว่า ภายหลังจากประยุกต์ใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วย SBAR ระยะเวลาเฉลี่ยรับและส่งเวรทางการพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการรับและส่งเวรลดลงอย่างเป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันส่วนใหญ่มักรวบรวมจากหน่วยบริการสุขภาพที่มีระบบสนับสนุนพร้อมพรั่ง หรือมีการสร้างเครื่องมือเฉพาะสำหรับหน่วยงานนั้น ขณะที่การนำรูปแบบ SBAR ไปใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนยังจำเป็นต้องพิจารณาความสอดคล้องในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีข้อจำกัดด้านอัตรากำลังและเผชิญภาระงานสูง เพื่อให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ไม่สร้างภาระงานส่วนเกิน และสอดคล้องกับบริบทหน่วยงาน นอกจากนี้ การพัฒนาระบบการส่งเวรให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ในทางปฏิบัติ มีได้อาศัยเพียงการนำเครื่องมือมาใช้ แต่ยังเชื่อมโยงกับบริบทขององค์กร ได้แก่ ความคุ้นชินต่อวิธีปฏิบัติเดิม ความแตกต่างด้านประสบการณ์ของบุคลากร วัฒนธรรมการสื่อสารภายในทีม และความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของหน่วยงาน

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาระบบการส่งเวรทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้รูปแบบ SBAR ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมุ่งหวังสร้างแนวทางการส่งเวรที่ชัดเจน เป็นระบบ และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน อันจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนของการสื่อสาร ส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลรักษา และยกระดับความปลอดภัยของ

ผู้ป่วย ตลอดจนเป็นต้นแบบสำหรับพัฒนาคุณภาพ
บริการพยาบาลในหน่วยงานที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และอุปสรรค
ของการส่งเวรทางการพยาบาล ตลอดจนพัฒนาระบบการ
ส่งเวรโดยประยุกต์ใช้รูปแบบ SBAR ให้สอดคล้องกับ
บริบทของหอผู้ป่วยใน
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพ ระยะเวลา และ
อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการส่งเวร ระหว่าง
ก่อนและหลังการประยุกต์ใช้ระบบการส่งเวรทางการ
พยาบาลด้วยรูปแบบ SBAR
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาล
วิชาชีพที่มีต่อระบบการส่งเวรทางการพยาบาลโดย
ประยุกต์ใช้รูปแบบ SBAR ภายหลังการใช้งาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยและพัฒนา
(Research and Development) ร่วมกับการ
ประเมินผลเชิงทดลองขั้นพื้นฐานแบบกลุ่มเดียววัดผล
ก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest-
Posttest Design) ดำเนินการ ณ หอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ขั้นตอนการวิจัย
แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพ
ปัจจุบันและพัฒนาระบบ และระยะที่ 2 การทดลองใช้
และประเมินผลระบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ
ผู้ปฏิบัติงานประจำ ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสามชัย
จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 9 คน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ
พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในหน่วยงานดังกล่าว ซึ่งเป็นการ

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากประชากรทั้งหมด
(Total Population) โดยเป็นผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก
และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดเกณฑ์
การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานประจำใน
หอผู้ป่วยใน
2. รับผิดชอบหน้าที่เกี่ยวข้องกับการส่งเวร
ทางการพยาบาล
3. ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมอบรมหรือ
ทดลองใช้งานระบบได้ครบถ้วนตามแผนการดำเนินงาน
2. ลาออก ย้ายหน่วยงาน หรือลางานต่อเนื่อง
เป็นระยะเวลานานในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2
ประเภท ได้แก่ เครื่องมือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือ
เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย
เครื่องมือจำนวน 5 รายการ ได้แก่ 1) แนวทางการส่งเวร
ทางการพยาบาลตามหลัก SBAR 2) แบบฟอร์มการส่ง
เวรและการสื่อสารทางการพยาบาลแบบ SBAR 3) คู่มือ
การใช้งานระบบ 4) แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการและ
การฝึกปฏิบัติ 5) แผนการนิเทศ ติดตาม และสะท้อนผล
การปฏิบัติงาน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
เครื่องมือจำนวน 6 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป: ใช้เก็บข้อมูล
ส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ อายุ
ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงานในวิชาชีพ
ระยะเวลาปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน ประสิทธิภาพ

หัวหน้าเวร และตำแหน่งหรือบทบาทปัจจุบัน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) และเติมคำในช่องว่าง

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างสำหรับพยาบาลวิชาชีพ: จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุม 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ รูปแบบการส่งเวรในปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรค อุบัติการณ์ความเสี่ยงหรือความคลาดเคลื่อน ความรู้ และทัศนคติที่มีต่อรูปแบบ SBAR และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบ แบบสัมภาษณ์นี้ใช้เก็บข้อมูลสภาพปัจจุบัน ปัญหา และอุปสรรคของการส่งเวรในระยะที่ 1 (IOC = 0.91)

ชุดที่ 3 แบบสังเกตคุณภาพการส่งเวรทางการพยาบาลตามหลัก SBAR: จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความถูกต้อง 7 ข้อ (คะแนนเต็ม 14 คะแนน) ด้านความครบถ้วน 7 ข้อ (คะแนนเต็ม 14 คะแนน) และด้านความเป็นระบบ 6 ข้อ (คะแนนเต็ม 12 คะแนน) รวมคะแนนเต็ม 40 คะแนน เกณฑ์ประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0 หมายถึง ไม่ปรากฏหรือไม่ปฏิบัติ 1 หมายถึง ปฏิบัติได้บางส่วน และ 2 หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน ใช้สำหรับประเมินคุณภาพก่อนและหลังการใช้งานระบบ (IOC = 0.95)

ชุดที่ 4 แบบบันทึกระยะเวลาการส่งเวรทางการพยาบาล: ใช้บันทึกเวลาเริ่มต้น เวลาสิ้นสุด ระยะเวลาส่งเวรรวม จำนวนผู้ป่วย และเวลาเฉลี่ยต่อราย (นาที่ต่อราย) ทั้งก่อนและหลังการประยุกต์ใช้ระบบ

ชุดที่ 5 แบบบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงหรือความคลาดเคลื่อนที่เกี่ยวข้องกับการส่งเวรทางการพยาบาล: ใช้บันทึกจำนวน ประเภท และระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ซึ่งเกิดจากความคลาดเคลื่อนของการสื่อสารข้อมูลระหว่างส่งเวรที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการส่งเวรทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้รูปแบบ SBAR: จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความชัดเจนของระบบ ด้านความสะดวกและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ด้านประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน และด้านความพึงพอใจโดยรวม ใช้เก็บข้อมูลภายหลังการปฏิบัติงานด้วยระบบใหม่ (IOC = 0.95; Cronbach's alpha = 0.89)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบันและพัฒนา ระบบ ผู้วิจัยศึกษารูปแบบการส่งเวรทางการพยาบาลในปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค ความเสี่ยง และข้อเสนอแนะของพยาบาลวิชาชีพ ผ่านแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง การสังเกตการปฏิบัติงานจริง การบันทึกระยะเวลาส่งเวร และการบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์ร่วมกับหลักการของรูปแบบ SBAR เพื่อพัฒนาระบบการส่งเวรทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน โดยระบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) แนวทางการส่งเวร 2) แบบฟอร์มการส่งเวร 3) คู่มือการใช้งานระบบ 4) แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการและการฝึกปฏิบัติ และ 5) แผนการนิเทศติดตาม และสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ ระบบและเครื่องมือวิจัยทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ก่อนนำไปใช้ปฏิบัติจริง

ระยะที่ 2 การทดลองใช้และประเมินผลระบบ ผู้วิจัยนำระบบการส่งเวรทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้รูปแบบ SBAR ที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองปฏิบัติ

จริง ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสามชัย เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ก่อนเริ่มต้นใช้งาน ผู้วิจัยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน โดยมีเนื้อหาครอบคลุมการนำเสนอผลการศึกษาศาพปัจจุบัน การให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบ SBAR การแนะนำระบบที่พัฒนาขึ้น การสาธิต และการฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลอง ระหว่างการทดลองใช้ระบบ ผู้วิจัยดำเนินการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนร่วมสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) กับทีมพยาบาล จากนั้นจึงประเมินผลลัพธ์ภายหลังการใช้ระบบด้วยเครื่องมือชุดเดียวกันกับระยะก่อนการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลักษณะของตัวแปร ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างก่อนและหลังการประยุกต์ใช้ระบบ ผู้วิจัยทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติวิลคอกซ์ (Wilcoxon signed-rank test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนข้อมูลปฏิบัติการความเสี่ยง ผู้วิจัยวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบแนวโน้มที่เกิดขึ้นระหว่างก่อนและหลังทดลองปฏิบัติงานด้วยระบบใหม่

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวบรวมจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการสังเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขการรับรอง KLS.REC 577/2568 ลงวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 9 คน จำแนกเป็นเพศหญิง 8 คน (ร้อยละ 88.89) และเพศชาย 1 คน (ร้อยละ 11.11) มีอายุเฉลี่ย 33.89 ปี (S.D. = 7.07) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 66.67) ด้านระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี 8 คน (ร้อยละ 88.89) และระดับปริญญาโท 1 คน (ร้อยละ 11.11) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในวิชาชีพเฉลี่ย 11.00 ปี (S.D. = 6.78) สำหรับระยะเวลาปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 4 คน (ร้อยละ 44.44) มีประสบการณ์ปฏิบัติงาน 1-3 ปี และดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการและพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ตำแหน่งละ 3 คน (ร้อยละ 33.33)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างพยาบาลวิชาชีพทั้ง 9 คน พบว่า ปัจจุบันการส่งเวรทางการพยาบาลใช้วิธีรายงานด้วยวาจาร่วมกับการบันทึกในสมุดส่งเวร เวชระเบียนผู้ป่วย และระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ทว่ายังปราศจากรูปแบบมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติร่วมกันระดับหน่วยงาน พยาบาลวิชาชีพทุกคนระบุตรงกันว่า การขาดแนวทางที่ชัดเจนเป็นปัญหาหลักของการส่งเวร ขณะที่กลุ่มตัวอย่าง 8 คน (ร้อยละ 88.89) สะท้อนว่าภาระงานที่หนาแน่นและข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง ส่งผลให้กระบวนการส่งเวรเป็นไปอย่างเร่งรีบและไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ ข้อมูลสำคัญที่มักสูญหายระหว่างการสื่อสาร ได้แก่ คำสั่งการรักษาที่เปลี่ยนแปลง ข้อควรระวังเฉพาะบุคคล และกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องดำเนินการต่อเนื่อง ทั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพทุกคนเห็นพ้องกับการประยุกต์ใช้รูปแบบ SBAR และมี

ข้อเสนอแนะว่า ระบบที่พัฒนาขึ้นควรมีแบบฟอร์มที่ กระชับ ใช้งานง่าย และสอดคล้องกับบริบทของ โรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ และการนิเทศติดตามในช่วงเริ่มต้นของการปฏิบัติงาน ด้วยระบบดังกล่าว

ผลการสังเกตคุณภาพการส่งเวรก่อนการ ทดลองใช้ระบบ พบว่า คะแนนคุณภาพการส่งเวร โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 17.11 คะแนน (S.D. = 4.40) จาก คะแนนเต็ม 40 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความถูกต้องมีค่าเฉลี่ย 7.67 คะแนน ด้านความ ครบถ้วนมีค่าเฉลี่ย 5.44 คะแนน และด้านความเป็น ระบบมีค่าเฉลี่ย 4.00 คะแนน ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนน ประเมินต่ำที่สุด นอกจากนี้ ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ส่งเวร ก่อนทดลองใช้ระบบเท่ากับ 27.67 นาที และพบ อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการส่งเวรจำนวน 4 ครั้ง

สำหรับระบบการส่งเวรทางการพยาบาลโดย ประยุกต์ใช้รูปแบบ SBAR ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย แนวทางการส่งเวร แบบฟอร์มการส่งเวร คู่มือการใช้งาน ระบบ และแผนการอบรมเชิงปฏิบัติการร่วมกับการ นิเทศติดตาม ทั้งนี้ เครื่องมือวิจัยทั้งหมดได้รับการ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพและระยะเวลาส่งเวร ระหว่างก่อนและหลังประยุกต์ใช้ระบบการส่งเวรทางการ พยาบาลรูปแบบ SBAR (n = 9)

ตัวแปร	ก่อนใช้ระบบ Mean (SD)	หลังใช้ระบบ Mean (SD)	ผลต่างเฉลี่ย	Z	p-value
ความถูกต้อง	7.67 (1.22)	13.33 (0.87)	5.66	-2.677	.007*
ความครบถ้วน	5.44 (1.81)	12.22 (1.39)	6.78	-2.680	.007*
ความเป็นระบบ	4.00 (1.58)	10.89 (1.05)	6.89	-2.670	.008*
คะแนนรวม	17.11 (4.40)	36.44 (3.21)	19.33	-2.666	.008*
ระยะเวลาในการส่งเวร (นาที)	27.67 (8.11)	19.00 (3.57)	-8.67	-2.547	.011*

หมายเหตุ. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test; *p < .05

สำหรับอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการ ส่งเวร ก่อนประยุกต์ใช้ระบบพบอุบัติการณ์ดังกล่าว

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซึ่ง อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จากนั้นผู้วิจัยจึงนำระบบ ดังกล่าวไปทดลองปฏิบัติจริงในหน่วยงานเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ก่อนดำเนินการประเมินผลต่อไป

ภายหลังการทดลองใช้ระบบการส่งเวรทางการ พยาบาลโดยประยุกต์ใช้รูปแบบ SBAR พบว่า คะแนน คุณภาพการส่งเวรสูงกว่าก่อนการทดลองใช้ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน โดยความถูกต้องเพิ่มขึ้น จาก 7.67 คะแนน (S.D. = 1.22) เป็น 13.33 คะแนน (S.D. = 0.87) ($Z = -2.677, p = .007$) ความครบถ้วน เพิ่มขึ้นจาก 5.44 คะแนน (S.D. = 1.81) เป็น 12.22 คะแนน (S.D. = 1.39) ($Z = -2.680, p = .007$) และ ความเป็นระบบเพิ่มขึ้นจาก 4.00 คะแนน (S.D. = 1.58) เป็น 10.89 คะแนน (S.D. = 1.05) ($Z = -2.670, p = .008$) เมื่อพิจารณาคะแนนรวม พบว่าเพิ่มขึ้นจาก 17.11 คะแนน (S.D. = 4.40) เป็น 36.44 คะแนน (S.D. = 3.21) ($Z = -2.666, p = .008$) นอกจากนี้ ระยะเวลาส่ง เวรลดลงจาก 27.67 นาที (S.D. = 8.11) เหลือ 19.00 นาที (S.D. = 3.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.547, p = .011$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

จำนวน 4 ครั้ง ภายในระยะเวลา 3 วัน ทว่าภายหลังการ ทดลองใช้ระบบไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าวอีก ผลลัพธ์นี้

สะท้อนให้เห็นว่า ระบบการส่งเวรทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้รูปแบบ SBAR สามารถลดการสูญหายของข้อมูลสำคัญ ซึ่งช่วยยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม

ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อระบบการส่งเวรทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้รูปแบบ SBAR พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.66, S.D. = 0.32) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.97, S.D. = 0.05) รองลงมาคือ ความพึงพอใจโดยรวม (Mean = 4.83, S.D. = 0.17) ความชัดเจนของระบบ (Mean = 4.72, S.D. = 0.17) และความสะดวกตลอดจนความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง (Mean = 4.29, S.D. = 0.22) ตามลำดับ ทั้งนี้ ประเด็นที่ได้รับคะแนนประเมินสูงสุด ได้แก่ ระบบสนับสนุนให้การส่งเวรมีความครบถ้วน ลดการสูญหายของข้อมูลสำคัญยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย และควรนำระบบไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในหน่วยงาน ขณะที่ประเด็นซึ่งได้รับคะแนนต่ำที่สุด คือ ระบบไม่สร้างภาระงานส่วนเกิน (Mean = 4.00, S.D. = 0.67) อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมพยาบาลวิชาชีพให้การยอมรับและเห็นพ้องว่าระบบดังกล่าวมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานจริงในหน่วยงาน

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการส่งเวรทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้รูปแบบ SBAR ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ และประเมินประสิทธิผลของระบบที่พัฒนาขึ้น ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาระบบบนพื้นฐานปัญหาและบริบทจริงของหน่วยงานสามารถยกระดับคุณภาพการส่งเวร ลดระยะเวลาส่งเวร และ

ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนได้รับการยอมรับจากพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้งานในระดับสูง

เมื่อพิจารณาสภาพก่อนการพัฒนาระบบพบว่า การส่งเวรทางการพยาบาลของหน่วยงานปราศจากรูปแบบมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติร่วมกันที่ชัดเจน กระบวนการส่งเวรจึงยึดโยงกับประสบการณ์ส่วนบุคคลเป็นหลัก ส่งผลให้การถ่ายทอดข้อมูลสำคัญมีความไม่ครบถ้วนหรือขาดความเป็นลำดับขั้นตอน โดยเฉพาะภายใต้บริบทที่มีภาระงานหนาแน่นและมีข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี สิงห์น้อย อภิรดี นันทศุภวัฒน์ และเพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล (2561) ซึ่งพบว่า ก่อนการพัฒนาระบบ บุคลากรรายงานข้อมูลไม่ครบถ้วนและขาดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดา มีจันทร์ (2560) ที่ระบุว่า การขาดแนวทางการรับและส่งเวรในโรงพยาบาลชุมชนส่งผลให้คุณภาพการส่งเวรขึ้นอยู่กับความชำนาญเฉพาะบุคคลและเกิดการสูญหายของข้อมูลสำคัญได้ง่าย

ภายหลังทดลองใช้ระบบการส่งเวรทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้รูปแบบ SBAR พบว่า คะแนนคุณภาพการส่งเวรเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกองค์ประกอบ ได้แก่ ความถูกต้อง ความครบถ้วน และความเป็นระบบ โดยเฉพาะความเป็นระบบที่เพิ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่า โครงสร้างการสื่อสารตามลำดับ Situation, Background, Assessment และ Recommendation สนับสนุนให้พยาบาลผู้ส่งเวรสามารถจัดลำดับข้อมูลที่จำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้รับเวรทำความเข้าใจสาระสำคัญได้อย่างเป็นระบบ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart และ Hand (2017) ซึ่งสรุปผลจากการทบทวนวรรณกรรมว่า

รูปแบบ SBAR สนับสนุนให้การสื่อสารทางคลินิกชัดเจน กระชับ และเป็นระบบยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐวิทย์ ขำปฏิ และเบญจภรณ์ ตันจาม (2565) ที่ระบุว่า การประยุกต์ใช้การสื่อสารแบบ SBAR ช่วยยกระดับคุณภาพการส่งตรวจด้านความถูกต้องและความครบถ้วนอย่างมีนัยสำคัญ ตลอดจนสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษยากร อินยา (2566) ซึ่งรายงานว่าการสื่อสารด้วยรูปแบบ SBAR สามารถยกระดับความถูกต้อง ความครบถ้วน และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยในได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า ระยะเวลาส่งตรวจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการประยุกต์ใช้ระบบ แม้คุณภาพการถ่ายทอดข้อมูลจะเพิ่มสูงขึ้นก็ตาม ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การมีโครงสร้างการสื่อสารที่ชัดเจนมิได้สร้างความซับซ้อนให้แก่กระบวนการส่งตรวจ แต่กลับสนับสนุนให้การสื่อสารมีความกระชับ ตรงประเด็น และลดความซ้ำซ้อนของการรายงานหรือการซักถามที่ไม่จำเป็น ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย เชื้อทอง และชนากานต์ อนันตริยกุล (2567) ซึ่งพบว่า การประยุกต์ใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยรูปแบบ SBAR สามารถลดระยะเวลาเฉลี่ยรับและส่งตรวจทางพยาธิวิทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตลอดจนสอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤษยากร อินยา (2566) ที่ระบุว่า การใช้รูปแบบ SBAR ช่วยยกระดับประสิทธิภาพของกระบวนการรับและส่งตรวจทั้งเชิงคุณภาพและเวลา

สำหรับอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการส่งตรวจ พบว่า ก่อนทดลองใช้ระบบเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าวจำนวน 4 ครั้ง ทว่าภายหลังการทดลองใช้ระบบไม่พบอุบัติการณ์ในลักษณะเดียวกัน แม้ผลลัพธ์ส่วนนี้เป็น การเปรียบเทียบเชิงพรรณนาและมิได้ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ แต่สะท้อนแนวโน้มเชิงบวกที่สำคัญ

ในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะการลดการสูญหายของข้อมูล คำสั่งการรักษาที่เปลี่ยนแปลง ข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และข้อควรระวังเฉพาะบุคคล อาทิ ประวัติการแพ้ยา ซึ่งเป็นข้อมูลที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย เชื้อทอง และชนากานต์ อนันตริยกุล (2567) ที่รายงานว่าการลดความเสี่ยงจากการรับและส่งตรวจลดลงภายหลังการใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วย SBAR อีกทั้งยังสอดคล้องกับ อัญชลี สิงห์น้อย และคณะ (2561) ที่พบว่า ภายหลังพัฒนาระบบการรับและส่งตรวจ คุณภาพการสื่อสารเพิ่มสูงขึ้น และไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในลักษณะที่เคยเกิดขึ้นก่อนการพัฒนา

ประเด็นสำคัญประการถัดมาคือ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อระบบการส่งตรวจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งสะท้อนว่าพยาบาลวิชาชีพมิได้เพียงยอมรับระบบในเชิงแนวคิด แต่ตระหนักถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นจริงจากการปฏิบัติงานในหน่วยงาน อาทิ ความครบถ้วนของการส่งตรวจ การลดการสูญหายของข้อมูลสำคัญ และการยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับ กฤษยากร อินยา (2566) ที่พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสื่อสารด้วย SBAR ในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับ แสงจันทร์ หนองนา และคณะ (2563) ที่รายงานว่าการพัฒนาระบบการรับและส่งตรวจทางพยาธิวิทยาสามารถยกระดับคุณภาพการสื่อสารและส่งเสริมให้บุคลากรมีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้งานระบบ อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ได้รับคะแนนประเมินต่ำที่สุดคือ ระบบไม่สร้างภาระงานส่วนเกิน ซึ่งแม้จะอยู่ในระดับมาก แต่สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลบางส่วนยังรับรู้ถึงภาระงานที่เพิ่มขึ้นในระยะเริ่มต้น ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับธรรมชาติของ

การเปลี่ยนแปลงระบบงานใหม่ที่บุคลากรจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาปรับตัว

เมื่อพิจารณาในภาพรวม ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดที่ว่า การพัฒนาระบบการส่งเวรทางการพยาบาลควรดำเนินงานบนพื้นฐานของสภาพปัญหาและบริบทเฉพาะของหน่วยงาน มากกว่าการนำรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งมาปรับใช้โดยปราศจากการประยุกต์ให้สอดคล้อง ระบบที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้มีลักษณะเด่น คือ มีแบบฟอร์มที่กระชับ สามารถปฏิบัติได้จริง และเชื่อมโยงกับปัญหาที่หน่วยงานกำลังเผชิญ จึงสนับสนุนให้บุคลากรนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและบรรลุผลสัมฤทธิ์ในทางปฏิบัติ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ จินดา ยิ่งไพบูลย์สุข (2567) ที่ระบุว่า การพัฒนาระบบรับและส่งเวรโดยใช้กรอบ ISBAR ให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน สนับสนุนให้บุคลากรสามารถใช้งานระบบได้จริงและเกิดผลลัพธ์เชิงบวกต่อคุณภาพการสื่อสารทางการพยาบาล

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและเป็นบุคลากรทั้งหมดของหน่วยงานเดียว การอ้างอิงผลลัพธ์สู่บริบทอื่นจึงควรดำเนินการด้วยความระมัดระวัง นอกจากนี้ รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง ไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (Extraneous variables) ภายนอกได้ทั้งหมด ประกอบกับระยะเวลาทดลองใช้ระบบมีเพียง 4 สัปดาห์ ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ (Sustainability) ในระยะยาว ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรขยายระยะเวลาดิตตามผล หรือดำเนินการวิจัยซ้ำในหน่วยงานหรือโรงพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อยืนยันประสิทธิผลของระบบที่พัฒนาขึ้นและเพิ่มขีดความสามารถในการอ้างอิงผลลัพธ์เชิงประจักษ์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้
หน่วยงานควรกำหนดให้ระบบการส่งเวรทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้รูปแบบ SBAR เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานของหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนให้กระบวนการสื่อสารระหว่างการรับและส่งเวรชัดเจน ครบถ้วน และเป็นระบบยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ควรจัดอบรมให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่เข้าปฏิบัติงานใหม่ และทบทวนแนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนจัดระบบนิเทศติดตามในระยะเริ่มต้นของการปฏิบัติงาน เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรสามารถใช้งานระบบได้อย่างถูกต้องและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาติดตามผลลัพธ์ของระบบในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ (Sustainability) ภายหลังจากนำระบบไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนขยายขอบเขตการศึกษาไปยังหน่วยงานหรือโรงพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อยืนยันประสิทธิผลของระบบและเพิ่มขีดความสามารถของการอ้างอิงผลลัพธ์ (Generalizability) สู่ประชากรกลุ่มอื่น

2.2 ควรพิจารณาออกแบบการวิจัยโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม หรือขยายการศึกษาผลลัพธ์เพิ่มเติมในระดับผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพ อาทิ ความต่อเนื่องของการดูแลรักษา อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางการพยาบาล และผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในระยะยาว



- กฤษฎากร อินยา. (2566). ผลของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 9(2), 55-68.
- จินดา ยิ่งไพบูลย์สุข. (2567). การพัฒนาระบบการรับส่งเวรทางการพยาบาลโดยใช้รูปแบบ ISBAR ในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลสาร*, 51(2), 112-124.
- ณัฐวดี ชำปฏี และเบญจภรณ์ ตันจาน. (2565). ผลการใช้การสื่อสารแบบ SBAR ต่อคุณภาพการส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(5), 835-844.
- พิสมัย เชื้อทอง และชนากานต์ อนันตริยกุล. (2567). ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 43(1), 56-67.
- ลัดดา มีจันทร์. (2560). การพัฒนารูปแบบการรับส่งเวรทางการพยาบาลโดยใช้การสื่อสารแบบ SBAR ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชุมชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(3), 134-146.
- แสงจันทร์ หนองนา และคณะ. (2563). ผลของการพัฒนาระบบการรับส่งเวรทางการพยาบาลต่อคุณภาพการสื่อสารในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(3), 45-58.
- อัญชลี สิงห์น้อย, อภิรดี นันทศุภวัฒน์, และเพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล. (2561). การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 5(3), 29-42.
- Stewart, K. R., & Hand, K. A. (2017). SBAR, communication, and patient safety: An integrated literature review. *MedSurg Nursing*, 26(5), 297-305.
- World Health Organization. (2021). *Patient safety*. WHO.

ผลของการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะ
ซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้า อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิตถ์

The Effects of Group Mental Strengthening on Self-Esteem to Reduce
Depression in Depressed Patients in Thong Saen Khan District,
Uttaradit Province

เฉลิมพล พงษ์พิชิต¹ สุจิตรา จอมดวง²

¹Chalermphol Pongpichit and ²Sujitra Chomduang

¹นายแพทย์ชำนาญการ ²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลทองแสนขัน

(Received: April, 5 2026; Accepted: April 25, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการในคลินิกโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้า 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาวะซึมเศร้าแบบวัดพลังจิตและแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบผลภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้ามีพลังจิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองมีความต่างของคะแนนเฉลี่ยพลังจิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและความต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิต, ภาวะซึมเศร้า, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, ผู้ป่วยซึมเศร้า

Abstract

This research aims to study the effects of group mental strength building on self-esteem to reduce depression in depressed patients. The sample consisted of 40 depressed patients who came for services at the Depression Clinic of Thong Saen Khan Hospital, Uttaradit Province. They were divided into an experimental group and a control group, 20 people each. The experimental group received a 6-week group mental strength-building program to enhance self-esteem and reduce depression in depressed patients, once a week for 45-60 minutes each session. The control group received standard care. The research instruments included data collection tools such as personal information forms, depression assessment forms, mental strength assessment forms, and self-esteem measurement forms. The experimental tool was the group mental strength building program for improving self-esteem and reducing depression in depressed patients, which had a reliability coefficient of 0.82. Data analysis used descriptive statistics including percentages, means, and standard deviations, and inferential statistics including paired t-test and Independent t-test.

The research found that after receiving the group mental strength building program, the experimental group showed higher self-esteem and mental strength to reduce depression compared to before the program, and their depression levels significantly decreased at the 0.05 level. The experimental group had higher average scores of mental strength and self-esteem than the control group, and lower average depression scores than the control group, with a statistically significant difference at the 0.01 level.

Keywords: mental strength building program, depression, self-esteem, depressive patients.

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบบ่อย และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล เกิดผลเสียต่อครอบครัวและชุมชน เป็นภาระทางตรงและทางอ้อมจากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น เกิดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมจากภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้น ประชากรโลกประมาณร้อยละ 3.80 ประสบกับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะเพศหญิง ภาวะซึมเศร้าอาจเป็นโรคเรื้อรังเพราะหากบุคคลประสบกับเหตุการณ์ความหตุเพียงครั้งเดียวทำให้มีความเสี่ยงถึงร้อยละ 50.00 ที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ในอนาคต ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 60.00 และฆ่าตัวตายสำเร็จกว่าร้อยละ 18.00 ถึงแม้ว่าจะมีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงการบริการได้ โดยการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยซึมเศร้าน้อยกว่าร้อยละ 50.00 (WHO, 2023) โดยพบว่า ปี พ.ศ. 2564 โรคซึมเศร่าก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพแก่ประชากรโลกเป็นอันดับ 2 หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่น ๆ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะทำให้มีภาวะซึมเศร้าต่อเนื่องจนเป็นโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพส่งผลให้เกิดภาวะไร้ความสามารถของบุคคลในการดำรงชีวิตและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (กรมสุขภาพจิต, 2565) ภาวะซึมเศร้าเกิดจากอารมณ์หดหู่ สูญเสียความสุขหรือความสนใจในกิจกรรมเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลกระทบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อนและชุมชนและทุกด้านของชีวิต ซึ่งเป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ หรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สำคัญอื่น ๆ เช่น การหย่าร้าง การสูญเสียงาน การสูญเสียชีวิตของคนที่คุณรัก อุบัติเหตุร้ายแรง การเกษียณอายุ เป็นต้น ซึ่งไม่ใช่อารมณ์เศร้าที่สามารถ

เกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราวของคนทั่วไป (WHO, 2023; กรมสุขภาพจิต, 2565) ทั้งนี้ มีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมทางอารมณ์เสีย สมดุล การถ่ายทอดทางพันธุกรรมทำให้คนในครอบครัวมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า 2.8 เท่า การเป็นคนที่มีความคิดมองโลกในแง่ลบ การมีโรคทางกายหลายโรคหรือการใช้ยาบางชนิด เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2565) อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยซึมเศร่าร้อยละ 0.28 และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.35 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 7.37 ในปี พ.ศ. 2563 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) โดยเพศชายมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร่ามากกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่า ช่วงอายุ 55 - 74 ปี พบภาวะซึมเศร่ามากกว่าช่วงวัยอื่น (WHO, 2023)

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามี 2 วิธี คือการรักษาทางยาและการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดทางจิตสังคมสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ ตามแนวคิดทางปัญญาของอารอน เบ็ค มีความเชื่อว่าพฤติกรรม อารมณ์และสรีระเกิดจากการรับรู้หรือการตีความสถานการณ์ของแต่ละบุคคลโดยลักษณะความคิดที่มีผลทำให้เกิดอารมณ์ พฤติกรรมและสรีระที่เป็นปัญหาเรียกว่าความคิดอัตโนมัติ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การพิสูจน์โดยหาหลักฐานมาสนับสนุน และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะได้ผลดีจะต้องทำตั้งแต่ 12 ครั้งขึ้นไป จากการศึกษาของมานิต ศรีสุรภานนท์ และคณะ (2552) ในประเทศไทยพบว่าผู้รับการบำบัดจะหยุดมาเข้ารับการรักษาบำบัดความคิดและพฤติกรรมก่อนถึงสัปดาห์ที่ 12 (8 ใน 14 ราย) คิดเป็นร้อยละ 57.166 ซึ่งสูงกว่าที่พบในประเทศอิตาลี ที่พบว่ามีการหยุดรับการบำบัดโดยการ

ปรับความคิดและพฤติกรรมก่อนถึงสัปดาห์ที่ 12 (3 ใน 19 ราย) คิดเป็นร้อยละ 18.57 แสดงว่าในบริบทของสังคมไทย ต้องการจำนวนครั้งของการบำบัดไม่มากนักเกินไป การใช้การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อจำนวน 6-10 ครั้ง ความถี่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือมากกว่าแล้วแต่ความรุนแรงของอาการ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 50-60 นาที ช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ ผลการให้การปรึกษาโดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อสำหรับผู้ติดยาที่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 6 ครั้ง พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อดังกล่าวทำให้ลดต้นทุนในการบำบัดลง ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ช่วยให้เพิ่มแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในการบำบัด (สมบัติ สกุลพรรณ, สุพิศ กุลชัย และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2559) จากการศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าพบว่าความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะซึมเศร้า และการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้แนวคิดของ Grotberg (1995) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (พัชรวิไล วรรณตรง, 2561) อย่างไรก็ตาม การดำเนินกลุ่มส่วนใหญ่จะเป็นกระบวนการซึ่งอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม การมีน้ำหนึ่งใจเดียวกันก่อให้เกิดปัจจัยบำบัดซึ่งมีพลังได้มากกว่าการบำบัดรายบุคคล (Yalom, 1995) เนื่องจาก กลุ่มบำบัดช่วยผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อเสนอแนะของสมาชิกในกลุ่ม มีโอกาสได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกัน ได้เรียนรู้ทักษะทางสังคม สังเกตบุคคลอื่นในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

และสามารถนำมาเป็นแบบอย่างของตนเองได้ การเข้ากลุ่มบำบัดยังเป็นการเสริมสร้างความหวัง ลดความรู้สึกวิตกกังวล ช่วยให้ปรับตัวต่อความเครียดและสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกแยกตัวและความรู้สึกที่เป็นตราบาป เกิดความมั่นใจในตนเอง ช่วยให้มองเห็นคุณค่าในตัวเอง (Veselinova, 2013) ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยลดลงได้ (ปริญนัท สละสวัสดิ์ และคณะ, 2559)

จากเหตุผลดังกล่าว จึงเห็นความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะซึมเศร้า โดยนำแนวคิดการสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) ร่วมกับรูปแบบการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้ามาสร้างเป็นโปรแกรมความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความเชื่อมั่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเองในภาวะสถานการณ์ต่าง ๆ ดีขึ้น มีทักษะในการเข้าสังคม ค้นพบแหล่งสนับสนุนของตนเอง เรียนรู้การแก้ปัญหาและเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้า
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าวระหว่างผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้า และผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยใช้รูปแบบการออกแบบการวิจัยแบบ สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest-Posttest Design) ระยะเวลา 6 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอายุ 20-59 ปี ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2569 จำนวน 623 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยนำผลการวิจัยผลของโปรแกรมการส่งเสริมแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งหลังการทดลอง ภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 13.85 และ 6.7 ส่วนของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 20 และ 7.5 (อุษณีย์ บุญบรรจบ, 2561) กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$ err prob) เท่ากับ 0.8 จากการคำนวณได้ค่าอิทธิพล (Effect sized) เท่ากับ 0.88 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วรับการรักษาที่โรงพยาบาลทองแสนขันที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง (คะแนนประเมิน 7-18 คะแนน) อายุ 20-59 ปี การสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยและยินยอม

เข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรมหรือมีภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีอาการทางจิตร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้าตามแนวคิดของ Grotberg (1995) และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) โดยกำหนดโครงสร้างของกิจกรรม ซึ่งแต่ละกิจกรรมจะเน้นที่การสร้าง ความเข้มแข็งทางจิต การฝึกการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา ความคิดทางลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าและแก้ไข เปลี่ยนเป็นความคิดทางบวก รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุน ทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การสร้างความหวังและกำลังใจให้กับตนเองและมีเป้าหมายในอนาคต เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดำเนินชีวิตในทางบวก เกิดความภูมิใจตนเอง เข้าใจว่าปัญหาและอุปสรรคที่ต้องเจอเป็นเรื่องปกติ สามารถหาแหล่งสนับสนุนได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือที่พึ่งพาและอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข รวมทั้งนำกระบวนการกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดความเข้าใจว่าทุกคนต่างก็มีปัญหาในชีวิต ทำให้มีกำลังใจที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่ลำบาก เรียนรู้ประสบการณ์จากสมาชิกในกลุ่มและสามารถนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันของตนเอง ได้มีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้รับการยอมรับ ไม่อึดอัดหรือโดดเดี่ยวและมีความมั่นใจสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้า จัดกิจกรรมเป็นราย

กลุ่ม 6 ครั้ง นานครั้งละ 45 - 60 นาที ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่นำมาเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ผลของการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้า แบ่ง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน โรคร่วมที่พบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข คำถาม 9 ข้อ โดยสำรวจตนเองในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า (Likert scale) 4 ระดับ คำตอบในแต่ละข้อมีคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน ได้แก่ ไม่มีอาการเลย (0 คะแนน) ไม่มีอาการเลย มีอาการบางวัน 1-7 วัน (1 คะแนน) มีอาการบ่อยมากกว่า 7 วัน (2 คะแนน) มีอาการทุกวัน (4 คะแนน) การแปลผลโดยการรวมคะแนนมีค่าระหว่าง 0 - 27 คะแนน โดยจำแนกเป็นระดับความรุนแรง คือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการน้อยมาก (0-6 คะแนน) มีอาการของโรคซึมเศร้าน้อย (7-12 คะแนน) มีอาการของโรคซึมเศร้าปานกลาง (13-18 คะแนน) มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (19-27 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) ของสำนักวิชาการสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2563) ใช้สอบถามความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ 10 ข้อ ด้านกำลังใจ 5 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหา จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน

1 - 4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่จริง จริงบางครั้ง ค่อนข้างจริง และจริง มาก ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (20-54 คะแนน) ในเกณฑ์ปกติ (55-69 คะแนน) และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (70-80 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท ฉบับผู้ใหญ่ (Coopersmith Self-Esteem Inventory Adult Form 1984) แปลและพัฒนาโดยสุรางรัตน์ คงศรี ผ่านการทดสอบความเที่ยง (reliability) โดยพรพิมล พรแก้ว ทดสอบกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการที่พระประแดง ใช้สูตร Kuder-Richardson formula 21 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.836 ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ข้อความเชิงบวก 8 ข้อ ได้แก่ 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20 ข้อความเชิงลบ 17 ข้อ ได้แก่ 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25 การตรวจให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก ให้ 1 ในข้อที่ตอบว่า “ใช่” และ ให้ 0 ในข้อที่ตอบว่า “ไม่ใช่” ข้อความเชิงลบ ให้คะแนนสลับกัน การคิดคะแนนให้รวมคะแนนแล้ว คูณ 4 เท่ากับ 100 แปลผลคะแนนดังนี้ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (0-24 คะแนน) ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างต่ำ (25-49 คะแนน) ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางค่อนข้างสูง (50-74 คะแนน) ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง (75-100 คะแนน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 initial phase (ระยะเริ่มกลุ่ม) ระยะการสร้างสัมพันธ์ภาพและการให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ แนะนำวิธีการสร้างความเข้มแข็งทางใจ

โดยเริ่มจากความคิดที่มีต่อตนเองมี 1 กิจกรรมประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็นมีสาระสำคัญ กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามองค์ประกอบ I am : Autonomy และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ในระยะเริ่มกลุ่ม โดยเนื้อหาของกิจกรรมเป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและไว้วางใจผู้อื่น ค้นหาความคิดทางลบที่มีต่อตนเอง และสามารถวิเคราะห์และเปลี่ยนเป็นความคิดที่จริงอย่างเหมาะสม รับรู้ถึงข้อดีของตนเอง มองเห็นคุณค่าภายในตนเองและมองโลกในแง่ดี

ขั้นที่ 2 working phase (ระยะทำงานร่วมกัน) ระยะพัฒนาทักษะในการคิดทางบวก การรู้และเข้าใจในแหล่งสนับสนุน มีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การสร้างความหวังและเป้าหมายในชีวิต ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 2 ความจริงในสิ่งที่ฉันเป็น กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามองค์ประกอบ I am : Identity และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ในระยะทำงานร่วมกัน เนื้อหาของกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองมากขึ้น เข้าใจว่าแต่ละคนมีทั้งข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกัน ภูมิใจในข้อดีและยอมรับในข้อเสียของตน รวมทั้งการฝึกมองข้อดีของผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมด้วย

กิจกรรมที่ 3 ความคิดในสิ่งที่ฉันมี กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามองค์ประกอบ I have : Trust และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ในระยะทำงานร่วมกัน เนื้อหาของกิจกรรมเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบแหล่งสนับสนุนของตน เข้าใจในการแสดงถึงออกห้วงใยและความหวังดีจากแหล่งสนับสนุน เป็นการรับรู้ถึงสิ่งๆ ที่

ผู้อื่นมอบให้ในรูปแบบต่าง ๆ เข้าใจกฎเกณฑ์ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น พร้อมทั้งสามารถสร้างความหวังและกำลังใจต่อตนเองได้

กิจกรรมที่ 4 ความจริงในสิ่งที่ฉันมี กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามองค์ประกอบ I have : Trust และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ในระยะทำงานร่วมกัน เนื้อหาของกิจกรรมเป็นการสร้างความเข้าใจในแหล่งสนับสนุนของตนมากขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาของการอยู่ร่วมกัน ค้นพบแหล่งสนับสนุนจากบุคคลที่อยู่รอบข้าง และมีโอกาสได้ทำหน้าที่ในการเป็นแหล่งสนับสนุนของผู้อื่นเช่นกัน

กิจกรรมที่ 5 ความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้ กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามองค์ประกอบ I can : Initiative และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ในระยะทำงานร่วมกัน เนื้อหาของกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยฝึกในการทำงานร่วมกัน รับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพผู้อื่น สามารถวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น และค้นพบแนวทางแก้ไข เข้าใจในโรคซึมเศร้าและการปฏิบัติตน รวมถึงมีการตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

ขั้นตอนที่ 3 terminal phase (ระยะยุติกลุ่ม) ระยะทบทวนและประเมินทักษะการสร้างความเข้มแข็งทางใจและยุติกลุ่ม ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 6 ความจริงในสิ่งที่ฉันทำได้ กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามองค์ประกอบ I can : Initiative และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ในระยะทำงานร่วมกัน เนื้อหาของกิจกรรมจะเป็นการสรุปความคิดทางบวกที่มีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมในระหว่างการทำงานกลุ่ม ความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหา การมีกำลังใจและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต การมีแหล่งสนับสนุนและวิธีการอยู่

ร่วมกัน รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการยอมรับเมื่อสัมพันธภาพนั้นต้องยุติลง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจและผู้ป่วยซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยสถิติ Paired sample t – test ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจระหว่างกลุ่มคือระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจและผู้ป่วยซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Independent sample t – test) ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ รหัสโครงการ UPHO REC No. 065/2568 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงข้อมูลและให้ความยินยอมโดยสมัครใจ สามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่กระทบต่อการรักษา ข้อมูลทั้งหมดได้รับการเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยซึมเศร้า อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

การวิจัยนี้ศึกษาผู้ป่วยซึมเศร้า อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

1.1 กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 อายุ 51 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ อายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 35.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพรับจ้างและว่างงาน เท่ากัน คือ ร้อยละ 35.0 รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 55.0 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคติดต่อ ร้อยละ 45.0 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.0 และตับอักเสบปี ร้อยละ 15.0 ตามลำดับ

1.2 กลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.0 อายุ 51 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 35.0 รองลงมา คือ อายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 30.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ ว่างงาน ร้อยละ 35.0 รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 60.0 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคติดต่อ ร้อยละ 55.0 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 25.0 และตับอักเสบปี ร้อยละ 20.0 ตามลำดับ

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้า อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

2.1 กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการซึมเศรียรระดับน้อย (7-12

คะแนน) ร้อยละ 75.0 รองลงมา คือ มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) ร้อยละ 25.0 ภายหลังได้รับโปรแกรม ฯ มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน) ร้อยละ 95.0 รองลงมา คือ มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) ร้อยละ 5.0 ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.990, p < .05$) (ตารางที่ 1)

2.2 กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน) ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) ร้อยละ 10.0 หลังการทดลอง มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน) ร้อยละ 75.0 รองลงมา คือ มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) ร้อยละ 20.0 ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองผู้ป่วยซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ (ตารางที่ 1)

3. พลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยซึมเศร้า อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

3.1 กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองพลังสุขภาพจิตผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ ระดับปกติ ร้อยละ 20.0 หลังการทดลอง พลังสุขภาพจิตผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 75.0 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 25.0 ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตผู้ป่วยซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.200, p < .05$) (ตารางที่ 1)

3.2 กลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 85.0 รองลงมา คือ ระดับปกติ ร้อยละ 15.0 ภายหลังการทดลอง พลังสุขภาพจิตผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ

80.0 รองลงมา คือ ระดับปกติ ร้อยละ 20.0 ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ (ตารางที่ 1)

4. การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้า อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

4.1 กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ ปานกลางค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 20.0 หลังการทดลอง พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.0 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 35.0 ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.585, p < .05$) (ตารางที่ 1)

4.2 กลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.0 รองลงมา คือ ปานกลางค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 25.0 หลังการทดลอง พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.0 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 15.0 ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	p-value
	M	SD.	M	SD		
กลุ่มทดลอง						
- ภาวะซึมเศร้า	10.70	2.45	8.90	2.90	6.990	<.000
- พลังสุขภาพจิต	45.75	7.71	56.90	3.40	8.200	<.000
- การเห็นคุณค่าในตนเอง	60.60	10.29	70.60	8.33	7.585	<.000
กลุ่มควบคุม						
- ภาวะซึมเศร้า	10.65	1.30	11.15	2.75	1.022	.160
- พลังสุขภาพจิต	45.50	7.62	46.40	5.53	1.463	.080
- การเห็นคุณค่าในตนเอง	56.20	8.15	57.60	6.14	1.377	.092

5. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้า อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$) (ตารางที่ 2)

5.1 ก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่

5.2 หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้ากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	p-value
	M	SD.	M	SD		
กลุ่มทดลอง						
- ภาวะซึมเศร้า	10.70	2.45	10.65	1.30	0.80	.936
- พลังสุขภาพจิต	45.75	7.71	45.50	7.62	.103	.918
- การเห็นคุณค่าในตนเอง	60.40	10.29	56.20	8.15	1.430	.161
กลุ่มควบคุม						
- ภาวะซึมเศร้า	8.90	2.90	11.15	2.75	2.514	.016
- พลังสุขภาพจิต	56.90	3.40	46.40	5.53	6.780	<.000
- การเห็นคุณค่าในตนเอง	70.60	8.33	57.60	6.14	5.164	<.000

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้าลดลง พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่พบว่าการที่ผู้ป่วยซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีสภาวะทางจิตดีขึ้น อธิบายได้ด้วยโครงสร้างและกระบวนการของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) และแนวคิดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองของยาลอม (Yalom, 1995) ที่แบ่งกิจกรรมเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะเริ่มกลุ่ม (Initial phase) ระยะทำงานร่วมกัน (Working phase) และระยะยุติกลุ่ม (Terminal phase) ตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 -60 นาที ทั้งนี้ในกิจกรรมขั้นที่ 1 (กิจกรรมที่ 1 ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็น) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซึมเศร้าค้นหาความคิดทางลบที่มีต่อตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนให้เป็นความคิดทางบวกที่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันสอดคล้องกับแนวคิดของอารอน บี เบค (Beck, A.T., 1995) ที่กล่าวว่าอารมณ์และพฤติกรรมทางลบของผู้ป่วยซึมเศร้าเกิดจากการตีความสถานการณ์ที่ผิดพลาดหรือมีความคิดอัตโนมัติทางลบ (Negative automatic thoughts) ทั้งนี้ การค้นหาความคิดทางลบจะเป็นเหตุผลในการปรับเปลี่ยนช่วยลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยซึมเศร้า นอกจากนี้ ในขั้นตอนที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน ซึ่งโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้บูรณาการองค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจ อาทิ ความจริงใน

สิ่งที่ฉันเป็น (I am: Identity) ความคิดและความจริงในสิ่งที่ฉันมี (I have: Trust) และความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้ (I can: Initiative) ช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร่ายอมรับตนเอง มองตนเองตามความเป็นจริง ค้นพบข้อดีของตน รู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตนเอง มองผู้อื่นในทางที่ดีขึ้น มีความไว้วางใจ เชื่อว่าโลกไม่ได้เลวร้ายไปเสียหมด มีคนที่ยังรักและคอย เป็นที่พึ่งพา เชื่อว่าตนเองสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ชีวิตของตนและส่วนรวมได้ พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาและหาหนทางแก้ไข เข้าใจว่าปัญหาและอุปสรรคเป็นเหมือนบททดสอบที่ทุกคนต้องพบเจอและต้องผ่านไปได้ รวมถึงมีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เคารพกฎกติกาของสังคม ยอมรับถึงความแตกต่างของบุคคลและรับฟังเหตุผลของผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีความหวังและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้าสำรวจข้อดีและข้อเสียของตนเอง ได้รับรู้ถึงสิ่งดีๆ และความหวังจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมรอบข้าง นอกจากนี้ การแสดงความคิดเห็นร่วมกัน การรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าที่มาจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากได้ระบายความคิดของตนเอง ซึ่งการเข้ากลุ่มบำบัดเป็นการเสริมสร้างความหวัง ลดอารมณ์ซึมเศร้า ลดความรู้สึกลดท้อถอย ช่วยให้ปรับตัวต่อความเครียดและสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกละแวกตัวและความรู้สึกเป็นดราม่า เกิดความมั่นใจในตนเอง ช่วยให้เห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปในทางที่ดีขึ้น และช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Parker, Page, & Hooke, 2013)

สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การประเมินพฤติกรรมความเครียด ให้คำปรึกษาเบื้องต้น ให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายมากขึ้น ลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าวระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ เนื่องจากความเข้มแข็งทางจิตเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามองเห็นคุณค่าในตนเอง (Di Marco et al., 2017) และสามารถปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือวิกฤตในชีวิตให้ฟื้นตัวและกลับสู่สภาพปกติ รวมถึงสามารถเรียนรู้จากการเผชิญหน้ากับเหตุการณ์และวิกฤตนั้น ๆ (Grotberg, 1995) แสดงให้เห็นว่าการสร้างความเข้มแข็งทางจิตเป็นแนวทางที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Rossi et al., 2017)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมให้เกิดกระบวนการที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ดี ยิ่งขึ้นและรวมทั้งติดตามผลต่อเนื่องเป็นระยะ เช่น 3 เดือน 6

เดือน หรือตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยซึมเศร้าแต่ละราย

1.2 ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนรวมถึงโรงพยาบาลจิตเวช ได้รับการส่งเสริมการคืนสู่สุขภาวะ ตามรูปแบบโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่ได้พัฒนาขึ้น โดยเชื่อมโยงการดูแลสู่การบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและติดตามผลต่อเนื่องในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อศึกษาแนวโน้มความคงทนของระดับพลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเองเข้มแข็งทางจิตของผู้ป่วยซึมเศร้า

2.2 ควรดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เช่น กระบวนการในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิต เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยซึมเศร้า



เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2565). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560-2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- พัชรวิไล วรรณ. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32(2), 39-51.
- ปริญญ์ สดะสวัสดิ์, อุ่นจิตร คุณารักษ์, และปรีชญา ฤทธิ์พันธ์มิ่ง. (2559). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 10(2), 50-59.
- มานิต ศรีสุรภานนท์, ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร, พันธน์ภักดีรัตนไพบุลย์, และอัจฉรา จรัสสิงห์. (2552). การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิด major depressive disorder ด้วย cognitive behavioral therapy: การพัฒนาบุคลากรและการประเมินการให้บริการในผู้ป่วยชาวไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 54(4), 367-374.
- สมบัติ สกฤพรณ์, สุพิศ กุลชัย และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30(3), 109-120.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). เครื่องชี้ภาวะสังคม พ.ศ. 2560-2564 กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. หจก. แสงจันทร์การพิมพ์. สืบค้น 5 พฤษภาคม 2564, จาก [http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/ebook/Social Indication 2021/index. Html.](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/ebook/Social%20Indication%202021/index.html)
- อุษณีย์ บุญบรรจบ. (2561) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต., 30(2), 110-123.
- Beck, A.T. (1995). Cognitive therapy: Basics and beyond. New York: The Guilford Press.
- Di Marco, S., Feggi, A., Cammarata, E., Girardi, L., Bert, F., Scaioni, G., . . . Zeppegno, P. (2017). Schizophrenia and major depression: Resilience, coping styles, personality traits, self-esteem and quality of life. European Psychiatry, 41, S192 S193.
- Grotberg, E. H. (1995). A guide to promoting resilience in children: Strengthening the Human spirit (8th ed.). The Bernard Van Leer Foundation.
- Parker, T. J., Page, A. C., & Hooke, G. R. (2013). The influence of individual, group, and relative self-esteem on outcome for patients undergoing group cognitive behavioural therapy treatment. British journal of clinical psychology, 52(4), 450 463.
- Rossi, A., Galderisi, S., Rocca, P., Bertolino, A., Rucci, P., Gibertoni, D., . . . Aguglia, E. (2017). Personal resources and depression in schizophrenia: The role of self esteem, resilience and internalized stigma. Psychiatry research, 256, 359-364. 149(1-3), 166-174.

Veselinova, C. (2013). HSC 3008: Implement therapeutic group activities. Nursing & Residential Care, 15(5), 284-287.

World Health Organization. (2023). Depressive disorder (depression). Retrieved May 1, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Yalom, I. D. (1995). The theory and practice of group psychotherapy (4 thed.). New York: Basic Books