



วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข

Nursing, Health and Public Health Journal

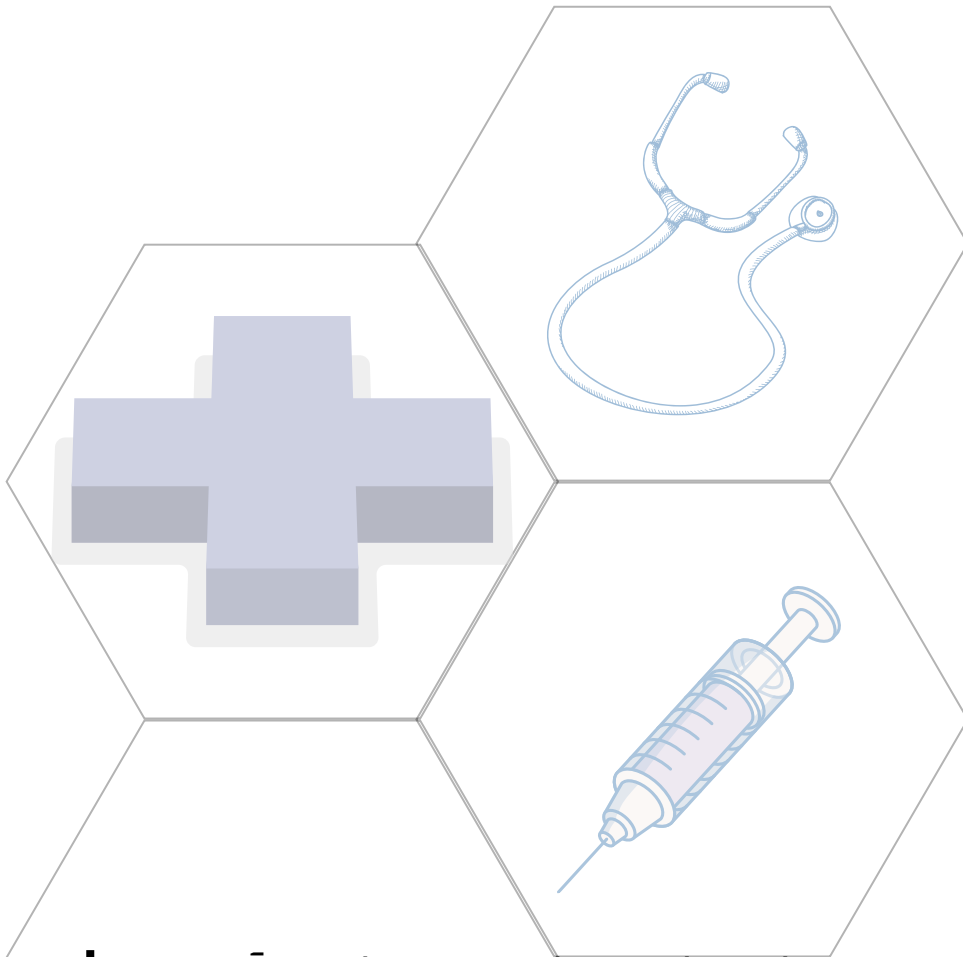
NHPHJ

ISSN 2774-082X (online)

ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม) 2568

VOL.4 NO.3

SEPTEMBER - DECEMBER
2025



กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม พุทธชินราช

90/6 ถนนศรีธรรมไตรปิฎก อำเภอเมือง จังหวัด พะนุโลก 65000

Email: nhphj@bcnb.ac.th โทรศัพท์ 055-252-546-8 ต่อ 1207

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ		
ศ.(พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร	1. Professor Jane M. Amer	University of Missouri, USA	
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	2. Dr.Elizabeth A. Anderson	University of Missouri, USA	
ศ.รพญ.วณิษา ชื่นทองแก้ว	3. ศ.ดร.วงศา เล้าศิริวงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
รองอธิการบดีฝ่ายวิจัย	4. รศ.ดร.ปัทมา สุพรรณกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
สถาบันพระบรมราชชนก	5. รศ.ดร.ชนนาค วรรณพรศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม	
ผศ.ดร.อัศนี วันชัย	6. รศ.ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี	7. รศ.ดร.ศิวพร อึ้งวัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
พุทธรักษา	8. รศ.ดร.ชังคเณศ แพรขาว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
	9. ผศ.ทพ.ดร.ภัชรพล สำเนียง	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	10. ผศ.ดร.วิภาพร ลิทธิศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธรักษา	
		คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	11. ผศ.ดร.เกศกาญจน์ ทันทประภัสสร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธรักษา	
		คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	12. ผศ.ดร.รุ่งทิพา หวังเรืองสถิตย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธรักษา	
		คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	13. ผศ.ดร.ดวงพร ปิยะคง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
บรรณาธิการ	14. ผศ.ดร.ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
ผศ.ดร.อัศนี วันชัย	15. ผศ.ดร.อินทิรา ปากันทะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธรักษา	16. ผศ.ดร.ภก.ศรารุณี อู่พัฒน์นันท์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	17. ดร.สุธีภรณ์ สุวรรณโอสถ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	18. ดร.นงลักษณ์ บุญเย้ย	โรงพยาบาลพุทธรักษา พิษณุโลก	
ผศ.ดวงใจ พรหมพยัคฆ์	19. ดร.นิตยา คำสว่าง	โรงพยาบาลพุทธรักษา พิษณุโลก	
ดร.วิสิษฐ์ศรี เพ็งนุ้ม	20. ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก	
ผศ.สุริรัตน์ ณ วิเชียร	21. ผศ.ดร.อัญชลี แก้วสระศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธรักษา	
นางสาวสุพัตรา ระภาพล		คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
นางสาวจิรนนท์ คล้ายทรัพย์	22. ผศ.ดร.กิริติ กิจธีระวุฒิมังษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธรักษา	
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธรักษา		คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	23. ผศ.ดร.กรวิภา พรหมจวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธรักษา	
		คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	24. ดร.เบญญาภา พรหมพุก	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธรักษา	
		คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	25. ดร.ปานจันทร์ คนสูง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธรักษา	
		คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	26. ผศ.ดร.กรวิภา พรหมจวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธรักษา	
		คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	27. นายแพทย์วิบูลย์ วาณิชย์เจริญพร	โรงพยาบาลพุทธรักษา พิษณุโลก	
	28. นายจตุพร เสือมี	โรงพยาบาลพุทธรักษา พิษณุโลก	

บทบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข (Nursing, Health, and Public Health Journal: NHPHJ) ได้ก้าวเข้าสู่ปีที่ 4 ด้วยความมุ่งมั่นในการยกระดับคุณภาพองค์ความรู้ด้านการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง วารสารฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2568) ซึ่งเป็นเล่มส่งท้ายปีเก่าต้อนรับปีใหม่ฉบับนี้ บทความวิจัยและบทความวิชาการทุกเรื่องได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผลงานที่เผยแพร่มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานวิชาชีพและการบริการสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพ

ฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัยจำนวน 10 เรื่อง ได้แก่ 1) ผลของกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น โดยใช้เครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี สำหรับแกนนำเยาวชน ตำบลบักได อำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์ 2) ผลของโปรแกรมสร้างความรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกต่อภาวะสุขภาพจิตดี ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 3) การศึกษาย้อนหลังความชุกและปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว 4) การศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างระดับการตัดสินใจและการตัดสินใจในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า 5) ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการใช้สื่อกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของนักศึกษาพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนล่าง 6) ลักษณะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก 7) ความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดตาก 8) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเกลืออำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ 9) ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ในการดูแลตนเอง และการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 10) ผลของโปรแกรมให้สุศึกษาตามแนวคิดสภ. โมเดลต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิจัยทั้ง 10 เรื่องนี้จะประโยชน์ต่อผู้อ่านในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนางานทางการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งในมิติการปฏิบัติการบริหาร และการวิจัย พร้อมกันนี้ กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เขียน และผู้อ่านทุกท่านที่มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้วารสารดำเนินไปอย่างเข้มแข็งตลอดปีที่ผ่านมา และในวาระส่งท้ายปี 2568 ต้อนรับปี 2569 ขอเชิญชวนทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข โดยสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/nhphj>

ผศ.ดร.อัสนี วันชัย

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ผลของกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น โดยใช้ เครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี สำหรับแกนนำเยาวชน ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ <i>The effects of the activity promoting self-efficacy in basic health care Using the 7-color Life Traffic Ping-Pong tool for youth leaders in Bak Dai Subdistrict, Phanom Dong Rak District, Surin Province.</i> ชัชฎาพร จันทรสุข, อดิศักดิ์ แสงเมือง, วรนาถ พรหมสุวรรณ, นิสากร เข้มชานาน, วิมลรัตน์ ชูโณมงาม, ธิดารัตน์ คณึงเพียร Chutchadaporn Jantarasuk, Adisak Saengmueang, Woranart Promsuan, Nisakorn Hemchanan, Wimonrat Chuchomngam, Thidarat Kanungpiarn	1 - 9
ผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกต่อภาวะสุขภาพจิตดี ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก <i>The effects of a mental health literacy program using positive psychology on mental well-being of village health volunteers in ThaThong Sub-district, Mueang District, Phitsanulok Province</i> สุทธามาศ อนุธาดู และเกศกาญจน์ ท้นประภัสสร Suthtamad Anutat, KeskanTunprapussorn	10 - 24
การศึกษาย้อนหลังความชุกและปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะ สมองขาดเลือดชั่วคราว <i>A retrospective study of the prevalence and risk factors of stroke in patient with transient ischemic attack</i> บุษกร แก้วเขียว Budsakorn Kaewkhieo	25 - 36
การศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างระดับการติดยาโคตินและ การติดสารเสพติดในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า <i>The relationship and predictive power between nicotine dependence levels and substance addiction among adolescents using electronic cigarettes</i> นริศรา เสามั่น, รุจิสรร สุระถาวร, วัชรวิงศ์ หวังมัน, ธิดารัตน์ คณึงเพียร Narissara Soutmun, Rujisan Surathaworn, Watchareewong Wangmun, Thidarat Kanungpiarn	37 - 47

บทความวิจัย	หน้า
ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการใช้สื่อกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของนักศึกษาพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนล่าง <i>The relationship between social support, media use, and medical cannabis health literacy among nursing students in the lower northern region of Thailand</i> จุฑานาถ จันทร์ดอ, เปรมิกา พลประสิทธิ์ภาพ, นิชารีย์ ธาระตัน, พันธิตรา ทองสะอาด, อลิชา ปินใจ, อังควิภา ชัยชนะ, อุ้มสิริ บัวเปีย, ดวงพร ปิยะคง, และ ณภัคชา ผลอนันต์ Juthanat Jandok, Premika Pholprasitthipap, Nicharee Thanatan, Phanthitra Thongsart, Alisha Pinjai, Angkavipa Chaichana, Aumsiri Buapia, Duangporn Piyakong, Naphaklacha Pholanun	48 - 59
ลักษณะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดนัด ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก <i>Characteristics of patients with hypertension and factors associated with missed appointments among hypertensive patients receiving services at Ban Tak Hospital, Tak Province</i> พวงพยอม หมี่โชติ, มงคล สุริเมือง Puangpayom Meechot, Mongkol Surimuang	60 - 73
ความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดตาก <i>Happiness of the elderly in elderly school, Tak Province</i> ศัทธิยา รัตนวิมล, ชาวนี ล่องชูพล, ชมนาด วรรณพรศิริ, ชนิกานต์ เสือสิงห์, นิตยา ศรีบัวรมย์, พรพรรณ อินต๊ะ, และ นภัสนันท์ ปิยะศิริภณท์ Cathareeya Rattanawimol, Chaowanee Longchoopol, Chommanard Wannapornsiri, Chanikan Suasing, Nittaya Sriboarom, Pornpan Inta, Napasanan Piyasiripan	74 - 85
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ <i>Factors related to smoking behavior of people in Na-Chaliang subdistrict, Nongphai district, Phetchabun Province</i> ธัญชนก จันทร์ชม และ สารโจน์ นาคจุ Thanchanok Janchom, Saroj Nakju	86 - 100
ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ในการดูแลตนเอง และการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด <i>Effects of a discharge planning program on knowledge and re-admit of pregnant women with preterm labor</i> อรุณญา วิจิตนาค, เยาวรัตน์ ดุสิตกุล, เบญจมาภรณ์ นาคามดี Arunya Vijitanaga, Yaowarat Dusitkul, Benchamaphorn Nakamadee	101 - 113

บทความวิจัย

หน้า

ผลของโปรแกรมให้สุขศึกษาตามแนวคิด สบช. โมเดลต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแล
สุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

114 - 126

*The effects of a health education program based on the PBRI Model on
knowledge and health care behaviors of patients with hypertension at
Wang Thong Hospital, Phitsanulok Province*

อัญชลี แก้วสระศรี, ณภัทร แหยมดอนไพร, เกลียพรรณ ณะวรรณ, ชลธิชา ดวงสี,
อติกานต์ มณีศรีวงศ์กุล, เบญจมาศ หลีแดง, กมลชนก แก้วไชยะ, กัลยารัตน์ คำแจ้ง,
ธัญมาศ กองทุ่งมน, อาณัฐ พึ่งเพ็ง, อารยา พรหมสุข, จินุชนัน กลิ่นหอม,
นวนันท์ กิ่งภาพ, จิตรานุช กระจางจิตร

Anchalee Kaewsasri, Napat Yhamdonphai, Gliewpun Nawan, Cholthicha Duangsee,
Atikan Manisriwongkun, Benjamas Leedaeng, Kamonchanok Kaewchaiya,
Kulyarat Khamjaeng, Thanyamat Kongthungmon, Arnat Phuengpheng,
Araya Promsuk, Jinutchanan Klinhom, Nawanan Kingparb, Jitranut Krajangjit

ผลของกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น โดยใช้เครื่องมือ
ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี สำหรับแกนนำเยาวชน ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์
The effects of the activity promoting self-efficacy in basic health care Using the
7-color life traffic ping-pong tool for youth leaders in Bak Dai Subdistrict, Phanom
Dong Rak District, Surin Province.

ชัชฎาพร จันทรสุข¹, อติศักดิ์ แสงเมือง¹, วรนาถ พรหมศวร¹,
นิสสาร เหมชนาน¹, วิมลรัตน์ ชูโฉมงาม², ธิดารัตน์ คณิงเพียร^{1*}

Chutchadaporn Jantarasuk¹, Adisak Saengmueang¹, Woranart Promsuan¹,
Nisakorn Hemchanan¹, Wimonrat Chuchomngam², Thidarat Kanungpiarn^{1*}

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, ¹สถานีนามยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านรุน²

¹Boromarajonani college of nursing, Surin, ²60th Anniversary Commemoration of Princess Mother Health Center,
Banrun, Phanomdongrak district, Surin province.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: a-disak@bcnsurin.ac.th

(Received: April 29, 2025; Revised: June 5, 2025; Accepted: June 8, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกิจกรรม
ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือปิงปองจราจรชีวิต 7 สี สำหรับแกนนำ
เยาวชน กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำเยาวชน ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 50 คน คัดเลือกแบบ
เฉพาะเจาะจง จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่ง
ตนในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือปิงปองจราจรชีวิต 7 สี สำหรับแกนนำเยาวชน พัฒนาขึ้นตามแนวคิด
ความสามารถของตนเองของ Bandura 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้น หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่า
KR-20 = .82 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเอง หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า
.80 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ หาค่าความถี่และร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคล เปรียบเทียบระดับความรู้และการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเอง
และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

ข้อเสนอแนะ ควรนำกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือ
ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ไปประยุกต์ใช้ สำหรับแกนนำเยาวชนเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการ
นำไปใช้กับกลุ่มครอบครัวหรือชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะ, การดูแลสุขภาพเบื้องต้น, ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี, แกนนำเยาวชน

Abstract

This quasi-experimental one-group pretest-posttest study aimed to examine the effects of
activities promoting self-efficacy in basic health care using the 7-color life traffic ping-pong tool for
youth leaders. The sample consisted of 50 youth leaders from Bak Dai Subdistrict, Phanom Dong
Rak District, Surin Province. They were purposively selected based on specific inclusion criteria. The
research instruments included: 1) an activity program to promote self-efficacy in basic health care
using the “7-Color Life Traffic Ping Pong” tool for youth leaders, developed based on Bandura's
concept of self-efficacy; 2) a knowledge assessment questionnaire on basic health care, with a

reliability coefficient (KR-20) of .82; and 3) a self-efficacy perception assessment form, with a reliability coefficient (Cronbach's alpha) of .80. Data were analyzed using frequency and percentage for demographic information, and paired t-test statistics were used to compare levels of knowledge and self-efficacy before and after the intervention.

The results revealed that after participating in the activities, the participants had significantly higher mean scores in self-efficacy perception and knowledge compared to before the activities, at a statistical significance level of $p < .001$.

Suggestion: The activity promoting self-efficacy in basic health care using the "7-Color Life Traffic Ping Pong" tool should be applied for youth leaders to enhance their confidence in their own potential to transfer the knowledge and practices to their families or communities within their areas of responsibility.

Keywords: self-efficacy, basic health care, 7-Color Life Traffic Ping Pong, youth leaders

บทนำ

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รักษาไม่หาย การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง นำไปสู่การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ของครอบครัวและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ และเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควร เป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565) มีการรายงานว่า คนไทย 1 ใน 10 คน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6.5 ล้านคน มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 14 ล้านคน โดยในจำนวนนี้ ประมาณ 3.5 ล้านคนไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2568)

ด้วยสาเหตุหลักมาจากการที่ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เช่น การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ความอ้วน ต้มเหล้า สูบบุหรี่ กรมควบคุมโรคจึงแนะนำเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดเสี่ยงโรค (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2568) วิธีการหนึ่งที่พบว่าสามารถลดการเกิดโรคได้ คือ การเฝ้าระวัง คัดกรอง และควบคุมป้องกันโรค (Potempa et al., 2022) แนวคิดการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยเครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สีและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3อ. 3ล. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) เป็นแนวคิดของวิชัย เทียนถาวร ที่มีระบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และควบคุมป้องกันโรค จำแนกคนด้วย “ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี” โดยทีมบุคลากรทางสุขภาพจะมีการติดตามเฝ้าระวังทุกเดือน พร้อมทั้งมีเครื่องมือที่จำเป็น คือ สมุดประจำตัว บัตรส่งเสริมสุขภาพให้ทุกคนเพื่อรับทราบสถานะทางสุขภาพของตนเอง (วิชัย เทียนถาวร, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าที่ผ่านมาผู้นำแนวคิดดังกล่าวไปใช้อย่างหลากหลาย เช่น การนำมาเป็นเครื่องมือคัดกรองและจำแนกความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และการนำไปเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชน (อัสนี วันชัย และคณะ, 2566) ซึ่งส่วนใหญ่นั้นเป็นการดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขในการเข้าไปคัดกรอง เฝ้าระวัง ควบคุมป้องกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้น การดูแลสุขภาพเบื้องต้น เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ การดูแลสุขภาพเบื้องต้น (self-care) เป็นการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคด้วยตนเอง โดยเน้นการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและการจัดการกับปัญหาเบื้องต้นที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง การดูแลสุขภาพเบื้องต้นมีส่วนประกอบสำคัญหลายอย่าง เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์, การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ, การพักผ่อนให้เพียงพอ, การจัดการกับความเครียด, การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง, และการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล. ซึ่งถ้าหากประชาชนสามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพได้จะก่อให้เกิดการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ (กรมอนามัย, 2562) การดูแลสุขภาพเบื้องต้นนี้สอดคล้องกับแนวคิดการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยเครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สีและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3อ. 3ล. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) ของวิชัย เทียนถาวร ที่มีระบบการเฝ้าระวัง

คัดกรองและควบคุมป้องกันโรค จำแนกคนด้วย “ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี” ที่นำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (วิชัย เทียนถาวร, 2556)

จากปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพก่อให้เกิดโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง การดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยเครื่องมือปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3อ. 3ล. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) เป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วยลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แต่การขับเคลื่อนลงสู่ประชาชนได้อย่างทั่วถึงนั้น (สมคิด จุฬาวา และคณะ, 2562) บุคลากรทางสุขภาพมีจำกัดและภาระงานค่อนข้างหนัก แม้จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกำลังสำคัญด้านสุขภาพประชาชนก็ตาม อย่างไรก็ตามกลุ่มคนรุ่นใหม่ที่เป็นลูกหลานของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในครอบครัว ถือเป็นคนที่ใกล้ชิดและสามารถเชื่อมโยงกลไกการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยแนวคิดการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยเครื่องมือปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ดังนั้น กลุ่มแกนนำเยาวชน ถือเป็นกำลังสำคัญที่จะช่วยการดูแลสุขภาพเบื้องต้นได้มากขึ้น แต่ด้วยแกนนำเยาวชนนั้นยังไม่เคยได้รับการพัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยเครื่องมือปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3อ. 3ล. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) ดังนั้น การติดอาวุธทางปัญญาให้แกนนำเยาวชน เกิดความมั่นใจในความสามารถในการถ่ายทอดความรู้เบื้องต้นหรือดูแลครอบครัวได้ เป็นสิ่งที่สำคัญ ยิ่งกว่านั้นหากมีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแก่กลุ่มแกนนำเยาวชนจะสนับสนุนให้เยาวชนแกนนำมีความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองเพื่อการดูแลสุขภาพได้ (พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, 2565)

แบนดูรา (Bandura, 1977) กล่าวว่า การทำให้บุคคลเกิดความเชื่อในสมรรถนะของตนเองจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะโดยการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลสำคัญ 4 แหล่ง (sources of self-efficacy) ได้แก่ 1) การประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) แบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพราะเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นโดยตรงกับตัวบุคคลเอง ความสำเร็จนี้จะช่วยเพิ่มความความสามารถของตนเอง 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้สังเกตตัวแบบที่มีพฤติกรรมที่มีซับซ้อน และได้รับผลพึงพอใจ ก็จะส่งผลให้ผู้สังเกตพฤติกรรมรู้สึกว่าเขาเองก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ โดยสามารถเป็นทั้งตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ๆ (Live Model) คือตัวแบบที่บุคคลมีโอกาสดูและปฏิสัมพันธ์โดยตรงและตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิดีโอ โทรทัศน์ การ์ตูน หรือหนังสือนวนิยาย เป็นต้น 3) การใช้คำพูดจูงใจ (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าคุณคนนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) นั้น การกระตุ้นทางอารมณ์ไม่ได้อยู่ที่ว่าร่างกายหรือจิตใจที่เข้มแข็ง หากแต่อยู่ที่ว่าคุณคนนั้นมีการรับรู้และแปลความหมายอย่างไร และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectation) ประกอบด้วยความคาดหวังทางบวกที่จะจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม และความคาดหวังทางลบ ที่จะไม่จูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม

จากที่กล่าวมาข้างต้น การพัฒนาแกนนำเยาวชนให้มีความรู้ความเข้าใจการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยเครื่องมือปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี จึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญอย่างมาก เพื่อให้การดูแลสุขภาพช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว ไม่ให้เกิดภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รุนแรงหรือควบคุมป้องกันโรคได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี สำหรับแกนนำเยาวชน โดยมุ่งหวังให้เป็นแนวทางในการนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพครอบครัวตนเอง ผู้ใกล้ชิดและเป็นกำลังสำคัญการดูแลสุขภาพชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

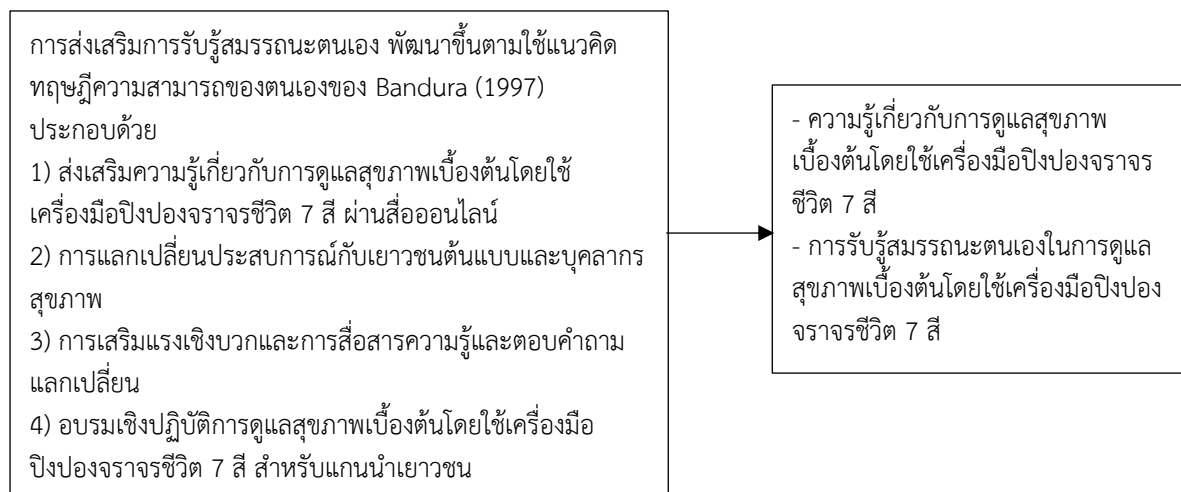
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่าง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

สมมติฐาน

1. ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثชีวิต 7 สี แกนนำเยาวชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม
2. ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثชีวิต 7 สี แกนนำเยาวชนมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยผลของกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثชีวิต 7 สี สำหรับแกนนำเยาวชนใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ทฤษฎีความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย 2 แนวคิดหลัก ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การทำให้บุคคลเกิดความเชื่อในสมรรถนะของตนเองจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะโดยการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลสำคัญ 4 แหล่ง (sources of self-efficacy) ได้แก่ 1) การประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) โดยสามารถเป็นทั้งตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ๆ (Live Model) และตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ 3) การใช้คำพูดจูงใจ (Verbal Persuasion) 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อ ศึกษาผลของกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثชีวิต 7 สี สำหรับแกนนำเยาวชน เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง พฤศจิกายน 2567 - กุมภาพันธ์ 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เยาวชนที่อาศัยอยู่ ตำบลบักได อำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์ อายุระหว่าง 15-18 ปี วันที่ 23 พฤศจิกายน 2567 จำนวน 570 คน

กลุ่มตัวอย่าง แกนนำเยาวชน ตำบลบักได อำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 50 คน ซึ่งผู้วิจัย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีให้ความร่วมมือ ในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. แกนนำเยาวชนชน ทุกเพศ อายุ 15 ปี ขึ้นไป
2. มีคนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
3. มีเครื่องมือสื่อสาร เช่น โทรศัพท์ หรือ ไอแพด ชนิด IOS หรือ android

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีปัญหาการเจ็บป่วยทางกายหรือทางจิตตามการวินิจฉัยทางการแพทย์
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1.9.7 กำหนดค่า effect size ที่ระดับ medium = .5, $\alpha = .05$, power = .95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน ซึ่งหาค่า effect size จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเครื่องมือ “ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี” ต่อความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรง ของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่กา อำเภอมือง จังหวัดพะเยา (สมคิด จูหว่า และคณะ, 2562) โดยคำนวณค่า effect size จาก ค่าเฉลี่ย ก่อนการทดลอง และหลังทดลอง (mean = 8.67 S.D. = 1.24 mean = 10.97 S.D. = 0.93) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างเป็น 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำแนกเป็น 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับชั้น

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ที่พัฒนาขึ้นตามสาระหลักเบื้องต้นตามแนวทางการดูแลสุขภาพโดยใช้เครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ที่จำเป็นต่อการนำไปใช้ จำนวน 10 ข้อ แบบ ถูก ผิด แบ่งเป็นระดับมาก 8-10 คะแนน ปานกลาง 4-6 คะแนน น้อย 1-3 คะแนน

ชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น นักวิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Bandura (1977) โดยเป็นแบบประเมินแบบ Visual scale ตั้งแต่ระดับ 0-10 โดยหากไม่มีเลยให้ 0 จนถึงระดับสูงสุด 10 คะแนน คือ รับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะมากที่สุดในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น แบ่งคะแนนออกเป็น ระดับมาก 8-10 คะแนน ปานกลาง 4-6 คะแนน น้อย 1-3 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ กิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะตนเอง พัฒนาขึ้นตามใช้แนวคิด ทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ การดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่ประชาชน โดยการสอนแบบเผชิญหน้า โดยใช้การบรรยายและการเข้าฐาน การเรียนรู้ 1 วัน และมอบหมายให้ศึกษาผ่านสื่อวิดีโอแบบออนไลน์ด้วยตนเองผ่านเครื่องมือสื่อสารทางโทรศัพท์และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลสุขภาพกับอาสาสมัครต้นแบบและบุคลากรทางสุขภาพ ร่วมกับการเสริมแรงเชิงบวก แสดงความชื่นชมให้กำลังใจผ่านไลน์ด้วยสติ๊กเกอร์และการสื่อสารความรู้และตอบคำถาม แลกเปลี่ยนในกลุ่มไลน์ สำหรับแกนนำเยาวชน รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี แบบวัดการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี และ กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี สำหรับแกนนำเยาวชน ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็น อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพชุมชน 1 ท่าน จบการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป แบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วมาหาค่าดัชนี ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม (Index Item Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า

ดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นมาใช้ ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 นั้น มีการนำปรับปรุงให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ โดยแต่ละเครื่องมือ ได้ค่า IOC ทั้งชุด 1, 0.67 , 1 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثิวิต 7 สี แบบวัดการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثิวิต 7 สี ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่า = 0.80 ผลการทดสอบความเชื่อมั่น แบบวัดการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثิวิต 7 สี ด้วยการหา KR-20 ได้ค่า = 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและประสานงานเพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลส่วนตัวที่ได้จะเก็บเป็นความลับการนำเสนอผลหรืออภิปรายข้อมูลของการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด เมื่อผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงทำการเก็บข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثิวิต 7 สี แบบวัดการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثิวิต 7 สี ก่อนการทดลอง

3. ปฏิบัติการทดลอง ตามโปรแกรมที่วางแผนไว้ ซึ่งกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะตนเอง พัฒนาขึ้นตามใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่ประชาชน โดยการสอนแบบเผชิญหน้า โดยใช้การบรรยายและการเข้าฐานการเรียนรู้ 1 วัน และมอบหมายให้ศึกษาผ่านสื่อวิดีโอแบบออนไลน์ด้วยตนเองผ่านเครื่องมือสื่อสารทางโทรศัพท์ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลสุขภาพกับอาสาสมัครต้นแบบและบุคลากรทางสุขภาพ ร่วมกับการเสริมแรงเชิงบวก แสดงความชื่นชมให้กำลังใจผ่านไลน์ด้วยสติ๊กเกอร์และการสื่อสารความรู้และตอบคำถามแลกเปลี่ยนในกลุ่มไลน์ สำหรับแกนนำเยาวชน รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์

4. ภายหลังเสร็จสิ้น กิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะตนเองฯ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثิวิต 7 สี แบบวัดการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثิวิต 7 สี หลังการทดลอง

5. เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ **การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ และการรับรู้สมรรถนะตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยหาค่าเฉลี่ยความรู้ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ pair t- test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์สเลทที่ P-EC 04-10-67 ลงวันที่ 28 ตุลาคม 2567 ก่อนการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ปกครอง เมื่อได้รับความยินยอมแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้ และข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมและใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น ภายหลังเสร็จสิ้นการทำวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย จากนั้นได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78 (39 คน) รองลงมาเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 22 (11 คน) โดยอายุระหว่าง 15-18 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 (50 คน) ระดับ ม.4 ม.5 จำนวน 16 ราย (คิดเป็นร้อยละ 32) รองลงมา ม.6 จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 24 ตามลำดับ

ตาราง 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n= 50)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	22
หญิง	39	78
อายุ		
15 – 18 ปี	50	100
ระดับชั้น		
ม.4	16	32
ม.5	16	32
ม.6	12	24

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثจรชีวิต 7 สี ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n=50)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้น	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	8.14	0.81	-8.11	.000*
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	9.42	0.73		

* $p < .001$

จากตาราง 2 พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ (ระดับมาก Mean = 9.42, S.D. = .73) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะตนเอง (ระดับมาก Mean = 8.14, S.D. = 0.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n=50)

การรับรู้สมรรถนะตนเอง	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	5.32	2.19	-7.25	.000*
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	7.60	2.01		

* $p < .001$

จากตาราง 3 พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثจรชีวิต 7 สี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثจรชีวิต 7 สี (ระดับมาก Mean = 7.60, S.D. = 2.01) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม (ระดับปานกลาง Mean = 5.32, S.D. = 2.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثจรชีวิต 7 สี พบว่า ภายหลังแกนนำเยาวชนได้รับเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะตนเองโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثจรชีวิต 7 สี สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมส่งเสริมการสมรรถนะตนเองในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثจรชีวิต 7 สี ที่พัฒนาขึ้นตามใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ประกอบด้วย การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (Mastery experience) โดยมีการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثจรชีวิต 7 สี แก่ประชาชน ผ่านการกิจกรรมการสอนแบบเผชิญหน้า และสามารถทำข้อสอบเพื่อทดสอบความรู้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือป้องกันจراثจรชีวิต 7 สี รวมทั้งยังมีการศึกษาผ่านสื่อวิดีโอแบบออนไลน์และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ทำให้อาสาสมัครเกิดความมั่นใจ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองนี้ (Mastery experiences) เป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลและมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่บุคคลประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมของตนเองโดยตรง ส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น (Bandura, 1977) เมื่อผนวกกับการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experiences) โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากเพื่อนแกนนำเยาวชน รุ่นพี่พยาบาล รวมทั้งให้แกนนำเยาวชนได้แสดงความรู้สึกและสะท้อนคิดการได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนจะทำให้บุคคลรับรู้ว่าจะตนมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมและเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ต่อมาคือการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) การทำกิจกรรม โดยมีการเสริมแรงเชิงบวกและการสื่อสารความรู้และตอบคำถามแลกเปลี่ยน สำหรับแกนนำเยาวชน ทำให้แกนนำเยาวชนเกิดความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง ซึ่งทำให้มั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ ส่งผลต่อการเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองรวมถึงการพูดโน้มน้าวใจแก่แกนนำเยาวชนสามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถในตนเองสูง

สอดคล้องกับการวิจัยของ ศิริพร ชุตเจื้อจัน และคณะ (2560) การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการสร้างเสริมทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ ในวัยรุ่นตอนต้น ทำการศึกษาในนักเรียนอายุ 14-15 ปี จากโรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี โรงเรียนพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทักษะชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่ม ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้ง การศึกษาของ พรนภา หอมสินธุ์ และ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความมั่นใจ ในการหลีกเลี่ยง การสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นนักเรียนชายที่กำลัง ศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครราชสีมาเขต 5 ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการหลีกเลี่ยง การ สูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า กิจกรรมตามโปรแกรมฯ ดังกล่าวข้างต้น ที่พัฒนาขึ้นตามการ แนวคิดสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1977) ส่งผลให้ความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแก่แกนนำ เยาวชนในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นในครอบครัวชุมชนได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

ทีมสุขภาพนำรูปแบบกิจกรรมไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแก่แกนนำเยาวชนด้านสุขภาพในพื้นที่ชุมชนและภายในครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแก่แกนนำเยาวชนในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยดำเนินการแบบการวิจัยเชิงทดลอง (randomized control trial research) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมในการนำไปใช้ต่อไป
2. ควรเพิ่มการติดตามผล ระยะยาว เป็น 3 เดือน 6 เดือน เพื่อติดตามความคงอยู่ของ ความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2562). *แนวทางการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน*. <https://www.anamai.moph.go.th>
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). *จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย*.
<https://www.statista.com/statistics/1309661/thailand-number-of-patients-with-non-communicable-diseases-by-type/>.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2568). *สุขภาพ สุขใจ โลกสดใสใส่ใจเบาหวาน*. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข.
- วิชัย เทียนถาวร. (2556). *ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- พรนภา หอมสินธุ์, และ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2565). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 15(1), 161-176.
- สมคิด จูหัวา, รุ่ง วงศ์วัฒน์, และอนุกุล มะโนทน. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเครื่องมือ “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” ต่อความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันและการควบคุมระดับความรุนแรงของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(2), 127-141.
- ศิริพร ชุตเจื้อจัน, ประไพพิศ สิงหเสม, และ สุดารัตน์ วุฒิศักดิ์ไพศาล. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการสร้างเสริมทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของนักเรียน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(2), 268-80.
- อัสนี วันชัย, จิตติพร ศรีษะเกตุ, และวิชัย เทียนถาวร. (2566). การประยุกต์ใช้ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สีในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การทบทวนขอบเขตงานวิจัย. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(2), e267915
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Potempa, K., Rajataramya, B., Singha-Dong, N., Furspan, P., Kahle, E. & Stephenson, R. (2022). Thailand's challenges of achieving health equity in the era of non-communicable disease. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 26(2), 187–197.

ผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกต่อภาวะสุขภาพจิตดี
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
The Effects of a Mental Health Literacy Program Using Positive Psychology on
Mental Well-being of Village Health Volunteers
in ThaThong Sub-district, Mueang District, Phitsanulok Province

สุทธามาศ อนุธาตุ และ เกศกาญจน์ ทັນประภัสสร*

Suthtamad Anutat, KeskanTunprapussorn*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail): keskan@bcnb.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง วัดดูประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกต่อภาวะสุขภาพจิตดีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 คน โดยกลุ่มควบคุมสามารถดำเนินชีวิตตามปกติ กลุ่มทดลองจะเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 180 นาที มีกิจกรรมการเรียนรู้ 5 ขั้น ได้แก่ 1) การสร้างอารมณ์ด้านบวก 2) การสร้างความผูกพัน 3) การสร้างความสัมพันธ์ 4) การเรียนรู้เพื่ออยู่อย่างมีความหมาย และ 5) การภาคภูมิใจในความสำเร็จ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตดี มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติเปรียบเทียบค่าที่

ผลการวิจัย พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ($p\text{-value} < 0.001$) การยอมรับตนเอง ($p\text{-value} = 0.036$) การมองโลกในแง่ดี ($p\text{-value} < 0.001$) การเติบโตส่วนบุคคล ($p\text{-value} < 0.001$) และความยืดหยุ่นทางจิตใจ ($p\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุม ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ($p\text{-value} < 0.001$) การยอมรับตนเอง ($p\text{-value} = 0.020$) การมองโลกในแง่ดี ($p\text{-value} = 0.037$) การเติบโตส่วนบุคคล ($p\text{-value} < 0.001$) และความยืดหยุ่นทางจิตใจ ($p\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงควรขยายผลนำไปพัฒนาสุขภาพจิตดีของอสม. ให้ครอบคลุมพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต, จิตวิทยาเชิงบวก, ภาวะสุขภาพจิตดี, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This pretest-posttest two-group quasi-experimental research aimed to examine the effects of a mental health literacy program based on positive psychology on the mental well-being of village health volunteers in ThaThong Sub-district, Mueang District, Phitsanulok Province. A total of 70 village health volunteers were purposively selected according to specific criteria and assigned to either the experimental group ($n = 35$) or the control group ($n = 35$). The control group continued with their usual daily activities, while the experimental group participated in a mental health literacy program comprising five sessions, each lasting 180 minutes. The program was structured around a five-step learning process: 1) creating positive emotions, 2) building engagement, 3) learning for meaningful

living, 4) taking pride in accomplishments, and 5) developing relationships. Mental well-being was assessed using a validated questionnaire. The Item-Objective Congruence (IOC) indices ranged from 0.67 to 1.00, and the Cronbach's alpha coefficient was 0.86, indicating good internal consistency. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

The results revealed that after participating in the program, the experimental group showed significantly higher mean scores in all dimensions of mental well-being compared to their baseline scores: Life satisfaction ($p\text{-value} < 0.001$), self-acceptance ($p\text{-value} = 0.036$), optimism ($p\text{-value} < 0.001$), personality growth ($p\text{-value} < 0.001$), and resilience ($p\text{-value} < 0.001$). 2) Post-intervention, the experimental group also had significantly higher scores than the control group in the same areas: life satisfaction ($p\text{-value} < 0.001$), self-acceptance ($p\text{-value} = 0.020$), optimism ($p\text{-value} = 0.037$), personality growth ($p\text{-value} < 0.001$), and resilience ($p\text{-value} < 0.001$). Therefore, it is recommended that this program be scaled up and implemented more broadly to strengthen community-based mental health promotion efforts.

Keywords: mental health literacy, positive psychology, mental well-being, village health volunteers

บทนำ

การเสริมสร้างให้ประชาชนมีความสามารถในการจัดระบบการใช้ชีวิตที่ปลอดภัย มีความรู้ที่เพียงพอ สามารถ เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลสุขภาพด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ตัดสินใจได้อย่างถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งสามารถบอกต่อผู้อื่นให้เข้าใจได้เช่นกัน ด้วยเหตุนี้แกนนำอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในระบบสุขภาพภาคประชาชนจึงมีส่วนสำคัญและมีบทบาทในการดำเนินงาน พัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน โดยมีวิธีการดำเนินงาน 3 ส่วน ดังนี้ 1) พัฒนาตนเองให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 2) ดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรม สุขภาพและแจ้งเตือนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพคนในชุมชน และ 3) เป็นต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพและ เสริมสร้างพลังใจให้คนในชุมชน มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564-2565 ได้มุ่งเน้นให้ “ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจแข็งแรง ประเทศไทยแข็งแรง” โดยมีนโยบายหลักที่สำคัญ 9 ข้อ ซึ่งนโยบายที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพภาคประชาชน ได้แก่ ข้อ 1 ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็งจากการยกระดับระบบ สุขภาพปฐมภูมิ และ อสม. ให้คนไทยทุกคนครอบคลุมมีหมอประจำตัวสามหมอ (หมอประจำบ้าน (อสม.) หมอสาธารณสุข (บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการปฐมภูมิ) และหมอครอบครัว (แพทย์ในโรงพยาบาล แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) โดยมีแผนงานที่ 5 การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิจากการจัดทำโครงการพัฒนา เครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพและอสม. มีตัวชี้วัดคือ ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจากอสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี นโยบายข้อ 4 สุขภาพดีวิถีใหม่มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สู่วิถีใหม่ (new normal) ด้านอาหาร การออกกำลังกายและความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) และนโยบาย ข้อ 7 การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัยและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิต เชิงรุกเพื่อให้การนำนโยบายสุขภาพภาคประชาชนบรรลุตามวัตถุประสงค์ ลดความแออัดของโรงพยาบาล ลดการพึ่งพาโรงพยาบาลแต่พึ่งตนเองเพิ่มมากขึ้น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพโดยกองสนับสนุนสุขภาพ ภาคประชาชนจึงดำเนินการ สนับสนุนการพัฒนาอสม. เพื่อยกระดับเป็นอสม. หมอประจำบ้านอย่างต่อเนื่อง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564)

ด้วยเหตุนี้จึงมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของอสม. ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ พรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ผลการปฏิบัติงานของอสม. ส่วนใหญ่ร้อยละ 65 ปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของอิชิโนะบุ บุนุธรรม (2558) ที่พบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม.

ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง การมีความรู้มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 จากผลการวิจัยดังกล่าวจึงเสนอแนะให้ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพควรสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ให้กับอสม. อย่างต่อเนื่อง โดยออกแบบการอบรมเนื้อหาและวิธีการให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของอสม. ในชุมชน (ภูติหิ เตชาติวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒินันท์, 2557)

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนที่ดำเนินงานโดย อสม. เพื่อให้ชุมชนที่ตนอาศัยอยู่เป็นชุมชนสุขภาพจิตดี อสม. มีบทบาทที่สำคัญ 3 ด้าน ดังนี้ 1) สอดส่องมองหา (look) ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยการสังเกตและเข้าถึงบุคคลที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น กลุ่มวัยรุ่นที่ท้องไม่พร้อม กลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะเครียด ซึมเศร้า กลุ่มวัยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 2) ใส่ใจรับฟัง (listen) ด้วยการทำหน้าที่ดูแลด้านจิตใจของคนในชุมชน โดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อบรรเทาหรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตด้วยการรับฟังให้คำปรึกษา แนะนำให้ข้อคิดเตือนใจบุคคลที่มีความทุกข์ใจ ปลอบโยนให้กำลังใจ เยี่ยมเยียนสอบถามอาการด้านการให้ความรู้ด้านจิตใจสำหรับตนเอง ครอบครัวและชุมชนอาจทำในรูปแบบการสื่อสารผ่านหอกระจายข่าว และ 3) การส่งต่อเชื่อมโยง (link) คือการช่วยให้บุคคลที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยการพูดคุยให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการรับประทายอย่างต่อเนื่องหรือปฏิบัติตามแพทย์สั่ง การประสานเจ้าหน้าที่ในการส่งต่อการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสื่อสารให้บุคคลในชุมชนรับทราบเกี่ยวกับบริการสายด่วนกรมสุขภาพจิต 1223 บริการ 24 ชั่วโมง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่การสร้างชุมชนสุขภาพจิตดีของอสม. ที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงขออนุญาตทำการสัมภาษณ์การปฏิบัติหน้าที่ในการสร้างชุมชนสุขภาพจิตดีของอสม. จากพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโพธิ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำคู้ พบว่าการทำหน้าที่ของอสม. ด้านการสร้างสุขภาพจิตในชุมชนส่วนใหญ่ อสม. จะมีบทบาทในการช่วยเก็บข้อมูลการคัดกรองโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) และมีบางครั้งจะรายงานอาการของบุคคลในชุมชนที่มีปัญหาความเครียดหรือมีอาการที่สงสัยว่าจะมีความผิดปกติทางจิตตามที่พยาบาลมอบหมายให้ติดตามและรายงานข้อมูลเท่านั้น จะเห็นว่าบทบาทการทำหน้าที่ของ อสม. ในงานสุขภาพจิตชุมชนค่อนข้างจำกัด ไม่ครอบคลุมตามบทบาทในการสร้างชุมชนสุขภาพจิตดีทั้ง 3 ด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากที่ผ่านมาอสม. ไม่เคยได้รับการพัฒนาเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตดีอย่างเป็นรูปธรรม จึงส่งผลให้อสม. ไม่เข้าใจบทบาทในการสร้างชุมชนสุขภาพจิตดี ทำให้การมีส่วนร่วมในการทำหน้าที่ดังกล่าวทำได้ไม่ชัดเจน (จิระพรรณ จิตณรงค์ และคณะ, 2565) ซึ่งจากการศึกษาของสุกัญญา แก่นงูเหลือม (2563) ที่พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะให้เน้นการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ การมองโลกในแง่ดีอันจะช่วยให้บุคคลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของโนบรี เจ และคณะ ที่พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิต (mental health literacy: MHL) และภาวะสุขภาพจิตดี (positive mental health: PMH) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nobre et al., 2022)

ดังนั้นการนำแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกที่พัฒนาโดยมาร์ติน เซลิเกแมน (Martin Seligman) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นการพัฒนาและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (well-being) โดยมีกระบวนการ 5 องค์ประกอบ ที่เรียกว่า “PERMA” ได้แก่ 1) การสร้างอารมณ์ทางบวก (positive emotions) 2) การสร้างความผูกพัน (engagement) 3) การสร้างความสัมพันธ์ (relationships) 4) การเรียนรู้เพื่ออยู่อย่างมีความหมาย (meaning life) ได้ทำในสิ่งที่รักแล้วแบ่งปันให้คนอื่นได้มีความสุขด้วย และ 5) ความสำเร็จ (accomplishment) และมีสาระสำคัญของจิตวิทยาทางบวกที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความสุขของบุคคล (Personal happiness) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) ความสร้างสรรค์ (Creativity) ความสามารถในการฟื้นตัวเมื่อเผชิญความยากลำบาก (Resilience) จุดแข็ง (Character strengths) และปัญญา (Wisdom) (Seligman, 2019) ด้วยเหตุนี้การที่อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพในระดับบุคคลตามกระบวนการ PERMA และมีสาระสำคัญของจิตวิทยาทางบวกที่กล่าวมา ย่อมเป็นการสนับสนุน

ให้อสม. เป็นผู้ทำหน้าที่เพื่อสังคมด้วยหัวใจที่มีจิตอาสาอย่างแท้จริง ส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพจิตดีของอสม. อันจะนำมาซึ่งการทำหน้าที่เสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตดีให้กับประชาชนต่อไป (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564)

สำหรับ “ความรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “health literacy” เกี่ยวข้องโดยตรงกับ “ศักยภาพของบุคคล” เนื่องจากบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะสามารถพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้ และสามารถช่วยสร้างครอบครัวให้มีสุขภาพดีได้ ด้วยเหตุนี้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพที่เกิดจากปัญหาในการสื่อสารเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงข้อมูล เกิดความเข้าใจ และนำข้อมูลที่ถูกต้องมีความน่าเชื่อถือไปใช้ในการตัดสินใจเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของตนเองและบุคคลอื่นได้จึงถูกนำมาใช้ในงานด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) สำหรับความรู้ด้านสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ ความรู้และความเชื่อของบุคคล ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจประเภทต่าง ๆ 2) ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) การช่วยเหลือตนเอง 4) การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทักษะที่เอื้อต่อการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2563) ด้วยเหตุนี้การพัฒนาศักยภาพของอสม. ให้เป็นผู้มีความรู้ด้านสุขภาพจิตดีด้วยจิตวิทยาเชิงบวกจึงจำเป็นต่อการสร้างชุมชนสุขภาพจิตดีเนื่องจากผู้ที่มีความรู้ทางสุขภาพ (ความฉลาดทางสุขภาพ) สามารถใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหาทำความเข้าใจ ประเมินการสื่อสาร และใช้สารสนเทศทางสุขภาพ ตลอดจนสามารถนำเสนอข้อมูลและสื่อสารในแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น (สุนันท์นิ ศรีประจันต์, 2562) ดังนั้น อสม. ที่ได้รับการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตดีของตนเองดังนี้ 1) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) 2) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) 3) การพัฒนาตนเอง (Personality growth) 4) ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) และ 5) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) (Jahoda, 1958; Rutter, 1985; ศุภรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์ และคณะ, 2560)

ดังนั้นการศึกษา ผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกต่อภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. ตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จึงเป็นการสนับสนุนให้อสม. ได้รับการพัฒนาให้เป็นบุคคลต้นแบบที่มีภาวะสุขภาพจิตดียิ่งขึ้น และเมื่ออสม. เป็นผู้มีความรู้สุขภาพจิตดีย่อมสนับสนุนให้สามารถทำหน้าที่หมอคนแรกในการเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตดีให้กับประชาชนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

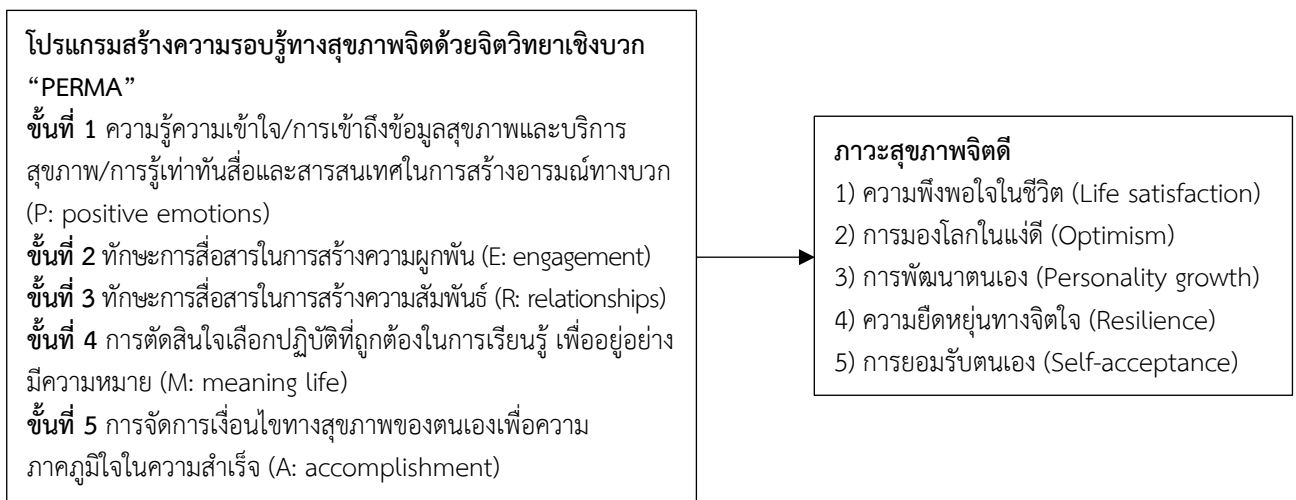
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. หลังทดลองภายในกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง
2. คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. หลังทดลองใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการสร้างความรู้ทางสุขภาพตามแนวคิดของนัทบีม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ (Knowledge and Understanding) 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access to Health Information and Services) 3) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media and Information Literacy) 4) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skills) 5) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Decision-Making for Appropriate Health Practices) และ 6) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง (Self-Management of Health Conditions) (Nutbeem, 2008) และจิตวิทยาเชิงบวกของมาร์ติน เซลิกแมน ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นที่เรียกว่า “PERMA” ได้แก่ 1) การสร้างอารมณ์ด้านบวก (positive emotions) 2) การสร้างความผูกพัน (engagement) 3) การสร้างความสัมพันธ์ (relationships) 4) การเรียนรู้เพื่ออยู่อย่างมีความหมาย (meaning life) และ 5) ความภาคภูมิใจในความสำเร็จ (accomplishment) ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตดี 5 ด้านของ อสม. ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) 2) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) 3) การพัฒนาตนเอง (Personality growth) 4) ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) และ 5) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) (Seligman, 2019) โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มทดสอบก่อน-หลัง (Quasi-experimental research: Two Group Pretest – Posttest Design) ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม -15 กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. ที่อาศัยในพื้นที่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 224 คน

กลุ่มตัวอย่าง อสม. ที่อาศัยในพื้นที่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 70 คนแบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 35 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 35 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า - คัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นอสม.ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
2. ไม่มีปัญหาด้านอารมณ์ (2Q=0)
3. มีโรคประจำตัวทางกายที่ไม่รุนแรง เช่น เบาหวาน ไขมัน ความดันโลหิตสูง
4. สามารถอ่านออกเขียนได้

5. มีสมาร์ทโฟนและสามารถใช้สมาร์ทโฟนได้
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเข้าร่วมโครงการฯ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. เจ็บป่วยและมีอาการทางกายหรืออาการทางจิตที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯกำหนด

2. แสดงท่าทีเปื้อนหน่วยขณะร่วมโปรแกรมฯ
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด

คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G^* power กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.8 ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% จากงานวิจัยของประภาศรี ปัญญาวิชชัย และสมหมาย วงษ์กวาน (2566) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจากการได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ (drop out) ดังนั้นผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 70 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน จากนั้นทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออกที่กำหนด และทำการสุ่มอย่างง่ายในการจัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกำหนดให้รายชื่อที่จับได้ในการสุ่มครั้งที่ เป็นเลขคี่ เช่น ครั้งที่ 1,3,5...เป็นกลุ่มควบคุม รายชื่อที่จับได้ในการสุ่มครั้งที่ เป็นเลขคู่ เช่น ครั้งที่ 2,4,6...เป็นกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 3 ชั่วโมง จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่	กิจกรรม
1-2	ขั้นที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ/การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ/การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในการสร้างอารมณ์ทางบวก(P: positive emotions) : กิจกรรมการเรียนรู้การมองโลกในแง่บวกในวิถีใหม่ - การบริหารกายและการบริหารจัดการ - ให้ข้อมูลเพื่อแสวงหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลที่พบบ่อย เช่น ความเครียด ซึมเศร้า กังวล ปัญหาการนอนหลับ การประหม่น ความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต และการคัดกรองเบื้องต้น - ให้ข้อมูลเพื่อแสวงหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจากสื่อทางสังคม (social media) เช่น ยูทูบ (YouTube) - การฝึกความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเพื่อสร้างความรู้สึทางบวก/เพิ่มอารมณ์ด้านบวกที่เชื่อถือได้ (ความรู้สึชอบคุณชาบซึ่ง มีแรงบันดาลใจ มีความหวัง รู้สึกภาคภูมิใจ) - การฝึกความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลความรู้สึทางบวก/เพิ่มอารมณ์ด้านบวก - เสริมสร้างจุดแข็งและค้นหาความหมายคุณค่าในตนวิถีใหม่ด้วยการฝึกเจริญสติ/ลดอารมณ์ด้านลบ - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มและทบทวนความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยตนเอง
3	ขั้นที่ 2 ทักษะการสื่อสารในการสร้างความผูกพัน (E: engagement) : กิจกรรมการเรียนรู้การยิ้มจากภายในสู่ภายนอก - ฝึกใช้การสื่อสารเพื่อแสดงความต้องการและความกังวลใจด้วยรอยยิ้มจากภายในสู่ภายนอก - ฝึกใช้การสื่อสารเพื่อปล่อยความคิด การพูด การกระทำที่ควรปล่อยวาง/ละทิ้ง - ฝึกใช้การสื่อสารเพื่อเรียนรู้การรู้จักการให้อภัยตนเองหรือผู้อื่น (Forgiveness) - การฝึกแผ่เมตตาต่อตนเองและผู้อื่น - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มและทบทวนความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยตนเอง

ครั้งที่	กิจกรรม
4	ขั้นที่ 3 ทักษะการสื่อสารในการสร้างความสัมพันธ์ (R: relationships) : กิจกรรมการเรียนรู้การสื่อสารทางบวก (Positive Communication) - การสื่อสารด้วยปิยวาจา/สื่อสารภาษากายกับผู้ให้บริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ - การสื่อสารเพื่อระบุปัญหาในการสื่อสารด้วยปิยวาจา/สื่อสารภาษากาย - ฝึกการฟังด้วยใจ(ข้อเท็จจริงหรือความคิดเห็น) - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มและทบทวนความรู้ทางสุขภาพจิตด้วยตนเอง
5	ขั้นที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการเรียนรู้เพื่ออยู่อย่างมีความหมาย (M: meaning life): กิจกรรมการเรียนรู้ค้นหาความภาคภูมิใจในตนเองจากอดีตสู่ปัจจุบัน - การตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทำให้เป็นผู้มีสุขภาพจิตดี - การเลือกค้นหาสิ่งดีที่มีอยู่ในตนเอง/สมุติความดี/ธนาคารความดี - การกำหนดเป้าหมายของชีวิตให้ชัดเจนด้านการงานที่มีพื้นฐานจากความรักต่อเพื่อนมนุษย์และสรรพสิ่งทั้งหลาย - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มและทบทวนความรู้ทางสุขภาพจิตด้วยตนเอง
6	ขั้นที่ 5 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อความภาคภูมิใจในความสำเร็จ (A: accomplishment): กิจกรรมการเรียนรู้ความภาคภูมิใจจากการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและความภาคภูมิใจในการทำหน้าที่จิตอาสา - บอกความภาคภูมิใจจากการทำจิตอาสาในการสร้างสุขภาพจิตดีในชุมชน - ฝึกนำข้อดีที่มีอยู่ในตนเองไปใช้ในการสร้างภาวะสุขภาพจิตดีต่อตนเอง - ค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จและกำลังใจในการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค - ฝึกนำเสนอปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองเมื่อมีความทุกข์ใจและการทำจิตอาสาสร้างภาวะสุขภาพจิตดีต่อตนเอง - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มและทบทวนความรู้ทางสุขภาพจิตด้วยตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตดี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยพัฒนาจากและแนวคิดของโจโฮดาและรัทเทอร์ (Jahoda, 1958; Rutter, 1989) จำนวน 35 ข้อ เป็นแบบประเมินประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) จำนวน 7 ข้อ 2) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) จำนวน 8 ข้อ 3) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) จำนวน 7 ข้อ 4) การพัฒนาตนเอง (Personality growth) จำนวน 7 ข้อ และ 5) ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) จำนวน 6 ข้อ

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0 คะแนน	หมายความว่า	ไม่เคยทำเลย
1 คะแนน	หมายความว่า	ทำได้ยากมาก
2 คะแนน	หมายความว่า	ทำได้ยาก
3 คะแนน	หมายความว่า	ทำได้ง่าย
4 คะแนน	หมายความว่า	ทำได้ง่ายมาก

การแปลผลค่าคะแนน 3 ระดับตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1989) คือ ความกว้างของอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น ดังนี้

ความพึงพอใจในชีวิต การมองโลกในแง่ดี และการพัฒนาตนเอง มีการแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 18.67-28.00	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 9.34-18.66	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0.00-9.33	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับต่ำ

การยอมรับตนเอง มีการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 21.35-32.00	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 10.68-21.34	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0.00-10.67	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับต่ำ
ความยืดหยุ่นทางจิตใจมีการแปลผลคะแนน ดังนี้		
คะแนนเฉลี่ย 17.00-24.00	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 9.00-16.00	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0.00-8.00	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับต่ำ
ภาวะสุขภาพจิตดีในภาพรวม มีการแปลผลคะแนน ดังนี้		
คะแนนเฉลี่ย 93.35-140.00	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 46.68-93.34	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0.00-46.67	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับต่ำ

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก ได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของกิจกรรมและภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช 2 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาคลินิก 1 คน จากนั้นดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มทดลองต่อไป

2. แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตดีได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจนของภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน (เช่นเดียวกับข้อ 1) ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามและวัตถุประสงค์โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.67-1.00 และนำไปทดลองใช้ (tryout) กับ อสม. ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร พุทธินิราช ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก ระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2566 จากนายกองค์การบริหารจังหวัดพิษณุโลก จากนั้นดำเนินการดังนี้

1. ก่อนเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตดี โดยกำหนดให้ทำแบบประเมินในวันเดียวกัน ซึ่งกลุ่มควบคุมผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ดำเนินการแจกและเก็บแบบประเมินที่บ้านของกลุ่มควบคุม สำหรับกลุ่มทดลองผู้วิจัยได้นัดพบเพื่อทำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตดีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

2. ผู้วิจัยดำเนินการให้สมาชิกกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง จำนวน 6 ครั้ง รวม 18 ชั่วโมง โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ที่กำหนด ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก ให้กลุ่มทดลองประเมินภาวะสุขภาพจิตดี สำหรับกลุ่มควบคุมให้ทำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตดีในวันเดียวกับกลุ่มทดลอง ภายหลังทำแบบประเมินเสร็จสิ้น ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมเพื่ออธิบายและแจกเอกสารการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก

3. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ นำเสนอผลการวิจัย สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยไปปรับปรุงโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกต่อไป

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของ อสม. โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ภายในกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกใช้สถิติ Paired t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนภายหลังใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกโดยใช้สถิติ Independent t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม โดยมิเอกสารรับรองโครงการวิจัย COA No. 003/2566 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยทุกขั้นตอน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย โดยให้อิสระและเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หรือสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติหน้าที่ อสม. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยเซ็นชื่อในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับเป็นเวลา 1 ปี และทำลายเอกสารตามแนวปฏิบัติของวิทยาลัย และมีการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวมตามความเป็นจริง

ผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกต่อภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. ตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า กลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 91.40 มีอายุระหว่าง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.40 อายุเฉลี่ย 47.91 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 45.70 ส่วนใหญ่มีสถานะสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 57.10 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน อสม. 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.60 มีประสบการณ์ในการทำหน้าที่สร้างชุมชนสุขภาพจิตดีด้วยการสอดส่องมองหา (Look) คิดเป็นร้อยละ 34.30 มีประสบการณ์ในการทำหน้าที่สร้างชุมชนสุขภาพจิตดีด้วยการใส่ใจรับฟัง (Listen) คิดเป็นร้อยละ 48.60 และมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่สร้างชุมชนสุขภาพจิตดีด้วยการส่งต่อเชื่อมโยง (Link) คิดเป็นร้อยละ 45.70

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 80.00 มีอายุระหว่าง 51-59 ปีคิดเป็นร้อยละ 54.30 อายุเฉลี่ย 48.97 ปีระดับการศึกษาสูงสุดชั้นมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 51.40 ส่วนใหญ่มีสถานะสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 71.40 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน อสม. มากกว่า 15 ปีคิดเป็นร้อยละ 31.40 มีประสบการณ์ในการทำหน้าที่สร้างชุมชนสุขภาพจิตดีด้วยการสอดส่องมองหา (Look) คิดเป็นร้อยละ 31.40 มีประสบการณ์ในการทำหน้าที่สร้างชุมชนสุขภาพจิตดีด้วยการใส่ใจรับฟัง (Listen) คิดเป็นร้อยละ 34.30 และมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่สร้างชุมชนสุขภาพจิตดีด้วยการส่งต่อเชื่อมโยง (Link) คิดเป็นร้อยละ 74.30

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. ก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลอง ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. จำแนกรายด้าน ภายในกลุ่มควบคุม (n=35) และ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง (n=35)

ภาวะสุขภาพจิตดี	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มควบคุม						
ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)	19.05	2.36	17.45	2.31	3.185	0.003*
การยอมรับตนเอง (Self-acceptance)	22.97	5.06	19.34	5.00	2.994	0.005*
การมองโลกในแง่ดี (Optimism)	18.37	4.30	19.45	7.41	-.726	0.473
การเติบโตส่วนบุคคล (Personality growth)	19.48	3.10	17.57	4.15	2.348	0.025*
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience)	17.94	2.88	16.14	3.37	2.532	0.016*
กลุ่มทดลอง						
ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)	17.80	1.65	21.34	3.19	-5.931	.000*
การยอมรับตนเอง (Self-acceptance)	24.65	2.90	26.74	4.27	-2.181	.036*
การมองโลกในแง่ดี (Optimism)	15.94	1.55	22.28	2.62	-14.494	.000*
การเติบโตส่วนบุคคล (Personality growth)	18.68	2.02	22.71	3.25	-5.559	.000*
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience)	15.60	2.65	20.51	2.57	-7.372	.000*

p-value < 0.05

จากตาราง 1 พบว่า อสม. กลุ่มควบคุมมีภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น การมองโลกในแง่ดี (Optimism) ที่ไม่มีความแตกต่างกันทั้งก่อนและหลังทดลอง อสม. กลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านในทุกด้านก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. จำแนกรายด้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง (n=35)

ภาวะสุขภาพจิตดี	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ก่อนทดลอง						
ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)	19.05	2.36	17.80	1.65	2.576	.012*
การยอมรับตนเอง (Self-acceptance)	22.97	5.06	24.65	2.90	-1.708	.092
การมองโลกในแง่ดี (Optimism)	18.37	4.30	15.94	1.55	3.140	.003*
การเติบโตส่วนบุคคล (Personality growth)	19.48	3.10	18.68	2.02	1.275	.207
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience)	17.94	2.88	15.60	2.65	3.530	.001*
หลังทดลอง						
ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)	17.45	2.31	21.34	3.19	-5.819	.000*
การยอมรับตนเอง (Self-acceptance)	19.34	5.00	26.74	4.27	-6.652	.020*
การมองโลกในแง่ดี (Optimism)	19.45	7.41	22.28	2.62	-2.126	.037*
การเติบโตส่วนบุคคล (Personality growth)	17.57	4.15	22.71	3.25	-5.769	.000*
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience)	16.14	3.37	20.51	2.57	-6.091	.000*

p-value < 0.05

จากตาราง 2 พบว่า ก่อนทดลอง อสม. กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพจิตดีไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้านความพึงพอใจในชีวิต (p -value = 0.012) ด้านการมองโลกในแง่ดี (p -value = 0.003) และด้านความยืดหยุ่นทางจิตใจ (p -value = 0.001) ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังทดลอง อสม. กลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพจิตดี รายด้านในทุกด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต (p -value < 0.001) การยอมรับตนเอง (p -value = 0.020) การมองโลกในแง่ดี (p -value = 0.037) การเติบโตส่วนบุคคล (p -value < 0.001) และความยืดหยุ่นทางจิตใจ (p -value < 0.001) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกต่อภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. ตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า อสม. มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านในทุกด้าน และภาพรวมของภาวะสุขภาพจิตดีอยู่ในระดับสูง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านในทุกด้านและภาพรวมของภาวะสุขภาพจิตดีสูงกว่าก่อนทดลอง อสม. กลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านในทุกด้านก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังทดลอง อสม. กลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านในทุกด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต (p -value < 0.001) การยอมรับตนเอง (p -value = 0.020) การมองโลกในแง่ดี (p -value = 0.037) การเติบโตส่วนบุคคล (p -value < 0.001) และความยืดหยุ่นทางจิตใจ (p -value < 0.001) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านในทุกด้านและภาพรวมของภาวะสุขภาพจิตดีของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงหลังใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก และมีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านในทุกด้านและภาพรวมของภาวะสุขภาพจิตดีสูงกว่าก่อนทดลอง ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเข้าร่วมในโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก “PERMA” 5 ขั้นช่วยให้ อสม. เกิดแรงบันดาลใจในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเนื่องจากความรอบรู้ทางสุขภาพมีพื้นฐานมาจากความรู้ส่วนหนึ่งและอาจพัฒนาด้วยการศึกษาเพิ่มเติมร่วมด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์และโครงสร้างในการดูแลสุขภาพร่วมด้วย (Nutbeam, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์ที่อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการสื่อสารของแต่ละบุคคล ระบบการดูแลสุขภาพและสังคมที่กว้างขึ้น (Baker, 2006) และนอกจากนี้ ปาเช-ออร์โลว์ และวูล์ฟ (Paasche-Orlow และ Wolf, 2007) ได้อธิบายถึงความเชื่อมโยงของแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นมีอิทธิพลมาจาก 3 จุดสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ และการดูแลตนเอง จึงพบว่า ก่อนที่ อสม. จะเข้าร่วมในโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก อสม. มีภาวะสุขภาพจิตดีด้านการยอมรับตนเอง การเติบโตส่วนบุคคลและภาพรวมของภาวะสุขภาพจิตดีอยู่ในระดับสูง เมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก อสม. ได้เรียนรู้เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ/การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ/การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในการสร้างอารมณ์ทางบวก ทักษะการสื่อสารในการสร้างความผูกพัน ทักษะการสื่อสารในการสร้างความสัมพันธ์ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการเรียนรู้เพื่ออยู่อย่างมีความหมาย และการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อความภาคภูมิใจในความสำเร็จ ย่อมส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิต ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง อสม. กับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพจิต และการดูแลตนเองให้มีภาวะสุขภาพจิตดีให้ดียิ่งขึ้นจึงพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านในทุกด้านและภาพรวมของภาวะสุขภาพจิตดีสูงกว่าก่อนทดลอง

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นด้านการมองโลกในแง่ดีของกลุ่มควบคุมที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่คล้ายคลึงกัน จะแตกต่างกันคือประสบการณ์ในการทำงานในระยะเวลาที่ต่างกัน คือ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน อสม. 1-5 ปีคิดเป็นร้อยละ 48.60

ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน อสม. มากกว่า 15 ปีคิดเป็นร้อยละ 31.40 จึงส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีแตกต่างกัน เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีและประสบการณ์การทำงานเป็นความสัมพันธ์ใน 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การมองโลกในแง่ดีส่งผลต่อประสบการณ์การทำงาน คือ คนที่มองโลกในแง่ดีส่งผลให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและมีแนวโน้มการทำงานที่ยาวนานมากขึ้น 2) ประสบการณ์การทำงานส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีคือ ประสบการณ์ในการทำงานเชิงบวกคือทำงานสำเร็จ ทำให้ได้รับการยอมรับจะสนับสนุนให้มีการมองโลกในแง่ดีได้ (Karademas, 2006)

ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านในทุกด้านก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องมาจาก อสม. เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกซึ่งมีจุดเน้นด้านกระบวนการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและจิตวิทยาเชิงบวก “PERMA” 5 ชั้น ได้แก่ ขั้นที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ/การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ/การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในการสร้างอารมณ์ทางบวก (P: positive emotions) ขั้นที่ 2 ทักษะการสื่อสารในการสร้างความผูกพัน (E: engagement) : กิจกรรมการเรียนรู้การยิ้มจากภายในสู่ภายนอก ขั้นที่ 3 ทักษะการสื่อสารในการสร้างความสัมพันธ์ (R: relationships) : กิจกรรมการเรียนรู้การสื่อสารทางบวก (Positive Communication) ขั้นที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการเรียนรู้เพื่ออยู่อย่างมีความหมาย (M: meaning life) : กิจกรรมการเรียนรู้ค้นหาความภาคภูมิใจในตนเองจากอดีตสู่ปัจจุบัน และขั้นที่ 5 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อความภาคภูมิใจในความสำเร็จ (A: accomplishment) : กิจกรรมการเรียนรู้ความภาคภูมิใจจากการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและความภาคภูมิใจในการทำหน้าที่จิตอาสา และแนวคิดนี้มีกลไกการส่งเสริมสุขภาพจิตในหลาย ๆ แง่มุม เช่น การเรียนรู้ในการจัดการอารมณ์ตนเองให้เป็นอารมณ์ทางบวกที่ส่งผลต่อความสุขที่เพิ่มขึ้น ทำให้เพิ่มทักษะการดำเนินชีวิตให้ยืนยาวมากขึ้น การสร้างความผูกพันกับผู้อื่นเพื่อให้เกิดความรัก และมีมิตรภาพที่ยืนยาว การดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้อยากทำสิ่งใหม่ ๆ ที่เป็นสิ่งดีมีประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น และการมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต การทำงานให้ประสบผลสำเร็จย่อมส่งผลต่อความสุขและภาวะสุขภาพจิตของบุคคลอย่างแน่นอน (Holt-Lunstad et al., 2010, Steger, 2012) ทำให้ อสม. ได้รับการพัฒนาตนเองให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์และประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจุดใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และการใช้จิตวิทยาเชิงบวกทำให้ อสม. สามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันจะทำให้สามารถที่จะเข้าถึงคำว่าความสุขอย่างแท้จริง ซึ่งหลักการหรือเทคนิคการสร้างความสุขด้วยตนเองด้วยจิตวิทยาเชิงบวกโดยส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นและให้ความสำคัญที่ความคิดของบุคคล การที่บุคคลรู้จักปรับความคิด มีทัศนคติและมุมมองที่ดีเน้นการมองในแง่บวก พัฒนาที่ตัวบุคคลจะทำให้บุคคลเหล่านั้นเข้าถึงความสุขได้ (เกสร มุ้ยจีน, 2559) จึงส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านในทุกด้านก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภาศรี ปัญญาวิชัย และสมหมาย วงษ์กวน (2566) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของวัชรินทร์ เสาะเห็ม และพรณี ปัญชรหัตถกิจ (2563) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการปฏิบัติในการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกสูงกว่าก่อนการทดลอง

3. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านในทุกด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต (p -value < 0.001) การยอมรับตนเอง (p -value = 0.020) การมองโลกในแง่ดี (p -value = 0.037) การเติบโตส่วนบุคคล (p -value < 0.001) และความยืดหยุ่นทางจิตใจ (p -value < 0.001) ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ อสม. ที่เข้าร่วมในโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกตามกระบวนการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและจิตวิทยาเชิงบวก “PERMA” 5 ชั้น ซึ่งประกอบด้วย

กิจกรรมที่หลากหลาย เช่น กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมซึ่งถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างกว้างขวาง (Wallerstein & Bernstein, 1988) การสนับสนุนการเรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ส่งเสริมการสร้างความรู้ด้วยตนเองด้วยการฝึกปฏิบัติและการทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้จากการทำงานร่วมกันและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการเรียนรู้ของตนเองเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองและสังคม (Kolb, 1984; Vygotsky, 1978; Johnson & Johnson, 1989) นอกจากนี้ยังมีการเรียนรู้จากตัวอย่างที่มาจากสื่อทางสังคม (social media) เช่น ยูทูบ (youtube) ร่วมด้วย ดังนั้น อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกจึงมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตที่ดีรายด้านในทุกด้านแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของประภาศรี ปัญญาวิชชัย และสมหมาย วงษ์กวน (2566) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของวัชรินทร์ เสาะเห็ม และพรณี บัญชรหัตถกิจ (2563) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการปฏิบัติในการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในสถานบริการระดับปฐมภูมิสามารถนำโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกไปใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. ให้ครบทุกคน เพื่อสนับสนุนให้เป็นบุคคลต้นแบบผู้มีสุขภาพจิตดีและการทำหน้าที่ในการเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตดีของประชาชนในชุมชนให้ครอบคลุมตามหลัก 3L (look-listen-link) ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ มีการศึกษาภาวะสุขภาพจิตดี 5 ด้านดังนั้นจึงควรศึกษาภาวะสุขภาพจิตดีด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การมีเป้าหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และความผาสุกทางอารมณ์ สังคม จิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ เป็นต้น
2. ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ตามหลัก 3L (look-listen-link) ของ อสม. เพื่อพัฒนาศักยภาพในการทำหน้าที่ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของ อสม. ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). *แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2564*. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต*. บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ*. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- เกสร มัยจิน. (2559). การสร้างความสุขด้วยจิตวิทยาเชิงบวก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 24(4), 673-681.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). เครื่องมือประเมิน Health literacy. *วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ*, 36(2), 7-18.
- จิระพรรณ จิตณรงค์, เพ็ญศรี โชติง, และกนกกรณ์ เกษน้อย. (2565). *การปฏิบัติหน้าที่ในการสร้างชุมชนสุขภาพจิตดีของ อสม. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2565*.
- ประภาศรี ปัญญาวิชชัย และสมหมาย วงษ์กวน. (2566). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 16(2), 272-286.

- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, ณัฐชา พลาชีวะ, วินัย ไตรนาทวัลย์, และปรีศนา บุญประดิษฐ์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต: แนวคิดและการประยุกต์ใช้สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. *เชียงใหม่เวชสาร*, 59(3), 72-163.
- ภูติท เตชาติวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. (2557). การประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอรพพรหมพิรามจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(1), 16-28.
- วัชรินทร์ เสาะเห็ม และพรรณี บุญขรหัตถกิจ. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกต่อความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(2), 51-61.
- ศุทธา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, และพันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์. (2560). *การส่งเสริมสุขภาพจิต: แนวคิดหลักการและแนวทางปฏิบัติ*. หจก. วนดาการพิมพ์.
- สุกัญญา แก่นงูเหลือม. (2563). *อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต]. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุนันท์ ศรีประจันต์. (2562). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กันยายน 2565. สืบค้นจาก <http://203.157.71.148> > Res > ResFile
- อธิชนันท์ บุญธรรม. (2558). *แนวทางส่งเสริมการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก*. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ครั้งที่ 2 (367-378) กำแพงเพชร: มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- Baker, D. W. (2006). The meaning and measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878–883. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (1989). *Research in Education (6th Edition)*. Engle woods Cliffs, Prentice-Hall.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. Basic Books.
- Johnson, D. W., & Johnson, R. T. (1989). *Cooperation and Competition: Theory and Research*. Interaction Book Company.
- Karademas, E. C. (2006). "Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism." *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1281-1290. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.10.019>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall.
- Nobre, J., Calha, A., Luis, H., Oliveira, A. P., Monteiro, F., Ferré-Grau, C., & Sequeira, C. (2022). Mental health literacy and positive mental health in adolescents: A correlational study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 8165. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138165>
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl 1), S19–S26. <https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.supp.S19>

- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Seligman, M. E. P. (2019). Positive Psychology: A Personal History. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 1–23. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095653>
- Steger, M. F. (2012). Making meaning in life. *Psychological Inquiry*, 23(4), 381–385. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2012.720832>.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Harvard University Press.
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly*, 15(4), 379–394. <https://doi.org/10.1177/109019818801500402>

การศึกษาย้อนหลังความชุกและปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

A retrospective study of the prevalence and risk factors of stroke in patient with transient ischemic attack

บุษกร แก้วเขียว

Budsakorn Kaewkhieo

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail): budsakorn@bcnchainat.ac.th

(Received: May 6, 2025; Revised: August 4, 2025; Accepted: August 14, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยศึกษาย้อนหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2565 และเกิดโรคหลอดเลือดสมองภายหลัง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินประวัติโรคร่วม และ 3) แบบประเมินความเสี่ยง ABCD2 Score วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าสูงสุด และต่ำสุด

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 74.28) มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง (67.8%) เบาหวาน (45.2%) ไขมันในเลือดผิดปกติ (39.6%) และหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (3.5%) รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ (26.2%) และการดื่มแอลกอฮอล์ (22.4%) ค่าคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 6 (S.D. = 1.53) โดยมีผู้ที่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงคิดเป็นร้อยละ 44.55 (95% CI: 41.9-46.2) อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากปี พ.ศ.2561 ถึง 2565 (7.56%, 8.90%, 10.63%, 11.83% และ 12.86% ตามลำดับ)

การวิจัยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ตลอดจนการศึกษาปัจจัยเสี่ยงอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว, การศึกษาย้อนหลัง

Abstract

This retrospective study aimed to examine the prevalence and risk factors of stroke among patients with transient ischemic attack (TIA) at Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Data were collected from medical records of patients diagnosed with TIA between January 1, 2017, and December 31, 2022, who subsequently developed a stroke. Research instruments consisted of 1) demographic data, 2) the comorbidity assessment form, and 3) the ABCD2 score risk assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations, medians, minimums, and maximums.

The results showed that most participants were aged over 60 years (74.28%) and had underlying diseases such as hypertension (67.8%), diabetes mellitus (45.2%), dyslipidemia (39.6%), and atrial fibrillation (3.5%). Risk behaviors included smoking (26.2%) and alcohol consumption (22.4%). The average ABCD2 score was 6.0 (S.D. = 1.53), with 44.55% classified as high risk (95% CI: 41.9-46.2). The incidence of stroke increased continuously from 2017 to 2022 (7.56%, 8.90%, 10.63%, 11.83%, and 12.86% respectively).

41.9–46.2). The incidence of stroke steadily increased from 2018 to 2022 (7.56%, 8.90%, 10.63%, 11.83%, and 12.86%, respectively)

The findings emphasize the importance of continuous surveillance and prevention of stroke among individuals with TIA, as well as the need for further investigation into other related risk factors to enhance future prevention strategies.

Keywords: stroke, transient ischemic attack, retrospective study

บทนำ

ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack : TIA) เป็นภาวะที่ทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นชั่วคราวจากการขาดเลือดโดยที่ไม่มีการตายของเนื้อสมอง โดยมีอาการแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง พูดไม่ออก เดินเซ เสียการทรงตัว เห็นภาพซ้อน ตาดับมิดข้างใดข้างหนึ่ง หรือ สูญเสียลานสายตาครึ่งซีก มีอาการน้อยกว่า 1 ชั่วโมง และอาการต้องหายสนิท ภายใน 24 ชั่วโมง (Amarenco, 2020) ซึ่งภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเป็นปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันได้ถึงร้อยละ 15-20 (Lioutas et al., 2021) การศึกษาความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว พบว่า เกิดโรคหลอดเลือดสมองภายใน 2 วัน ร้อยละ 2.4, ภายใน 7 วัน ร้อยละ 3.8, ภายใน 30 วัน ร้อยละ 4.1, ภายใน 90 วัน ร้อยละ 20, ภายใน 1 ปี ร้อยละ 23.2 และภายใน 5 ปี ร้อยละ 43.2 (Shahjouei et al, 2021; Mendelson & Prabhakaran, 2021; Mozaffarian et al., 2016)

องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization, 2023) คาดการณ์ว่าประชากร 1 ใน 4 ราย ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ร้อยละ 15 จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 90 และจากสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในสหรัฐอเมริกาพบผู้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 795,000 รายต่อปี โดยพบผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 31 ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศสหรัฐอเมริกา (Aslan & Salt, 2020.) สำหรับทวีปเอเชียมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมากกว่าเชื้อชาติอื่นและเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในเอเชียใต้ เอเชียตะวันออก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (National Health Service, 2023) ในประเทศไทยยังไม่พบรายงานสถิติการเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวในภาพรวมของประเทศ แต่มีข้อมูลจากเวชระเบียนในโรงพยาบาลศูนย์ของแต่ละภาค รายงานเป็นจำนวนผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว 3 ปี ย้อนหลัง พ.ศ. 2563-2565 ดังนี้ ภาคเหนือ 368, 627 และ 520 รายต่อปี ภาคกลาง 163, 164, และ 187 รายต่อปี ภาคตะวันออก 257, 277, และ 313 รายต่อปี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 514, 508, และ 423 รายต่อปี ภาคใต้ 341, 390, และ 371 รายต่อปี และยังพบว่าจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีจำนวนผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเพิ่มขึ้นทุกปีดังนี้ 252, 556, และ 566 รายต่อปี (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จะเห็นได้ว่าภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเกิดได้ทั่วไปในทุกภาคส่วนของประเทศไทยและจำนวนผู้เกิดโรคมิแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบทุกภาคของประเทศไทย

ปัจจัยการเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมีอยู่ 2 ปัจจัยใหญ่ด้วยกันดังนี้ ปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ คือ อายุ เพศ เชื้อชาติ และประวัติครอบครัวของผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และปัจจัยที่สามารถควบคุมและแก้ไขได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ไขมันในเลือดผิดปกติ โรคอ้วน การรับประทานอาหารที่หวาน มัน เค็มมาก การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการใช้แอลกอฮอล์มากเกินไป (Khare, 2016; ศุภกาญจน์ โอภาสรัตนกร และอรเพ็ญ สุขะวัลลิ, 2563) ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเป็นความเสี่ยงสูงสุดและเป็นตัวทำนายที่ชัดเจนของโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตที่สามารถป้องกันได้ ผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวจึงได้รับการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Amin et al, 2023) โดยเครื่องมือ ABCD2 ประเมินอายุ ความดันโลหิต โรคเบาหวาน อาการ ระยะเวลาที่มีอาการ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อจำแนกติดตามระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (สินีนาน นาคศรี และคณะ, 2565) ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำให้ผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวพัฒนาไปเป็น

โรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยหลักที่เร่งให้เกิดอาการอุดตันในหลอดเลือด โรคเบาหวานจะทำให้หลอดเลือดเสื่อมสภาพ ไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดคราบสะสมในหลอดเลือด หัวใจห้องบนสั่นพลิ้วทำให้เกิดลิ่มเลือดที่เคลื่อนไปยังสมอง และการสูบบุหรี่ (AHA, 2021)

ดังนั้น หากปล่อยให้ผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเกิดเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ได้รับผลกระทบในด้านร่างกายทำให้มีความพิการ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือถึงขั้นเสียชีวิต ผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจ รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต อยู่ในภาวะกดดัน เกิดความเครียดวิตกกังวล และอาจแปรสภาพเป็นความก้าวร้าว บางคนอาจมีภาวะซึมเศร้า หดหู่ในชีวิตจนถึงการคิดฆ่าตัวตาย (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561; นงพิมล นิมิทานันท์ และคณะ, 2562)

การดูแลรักษาพยาบาลผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว คือการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (American Heart Association/American Stroke Association [AHA/ASA], 2021) ซึ่งปัจจุบันมีวิธีการป้องกันโดยใช้แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ของสมาคมหลอดเลือดสมองของอเมริกา (AHA/ASA, 2021) และ แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2558) มีแนวในการปฏิบัติ ดังนี้ การให้ยาต้านเกร็ดเลือดผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวทุกรายถ้าไม่มีข้อห้ามอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต (Verheugt & Granger, 2015) ร่วมกับการควบคุมโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงของผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือด โรคหัวใจ และหลอดเลือด การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การไม่ออกกำลังกาย (วิราวรรณ จันทมูล และคณะ, 2564; AHA/ASA, 2021; สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2558) แต่อย่างไรก็ตามการดูแลรักษาพยาบาลดังกล่าวยังพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวสูงขึ้น ดังรายงานสถิติการเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวในภาพรวมของประเทศข้างต้น

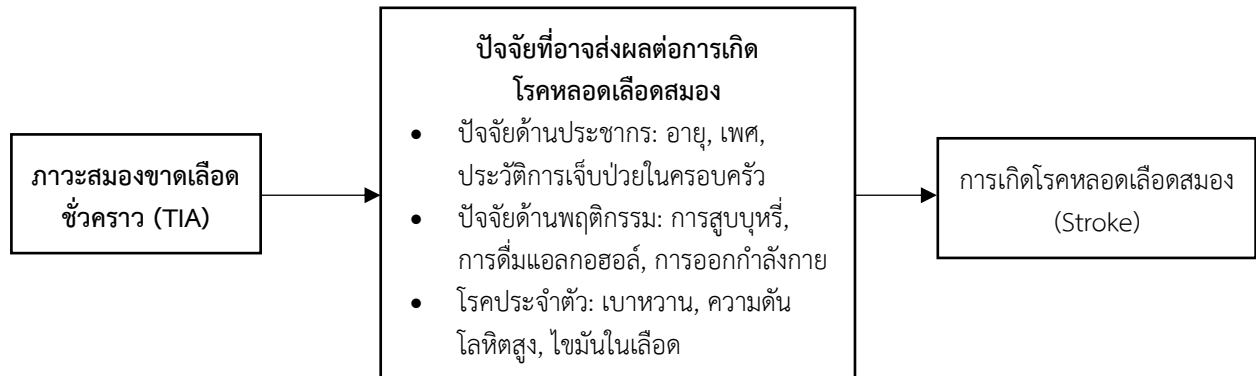
จากการค้นคว้าในประเทศไทยยังไม่พบผู้ศึกษาสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว พบเพียงการศึกษาที่กล่าวไว้ว่าผู้หญิงและผู้ชายมีความเสี่ยงที่แตกต่างกันทั้งระดับความเสี่ยงจำนวนและชนิดปัจจัยเสี่ยง (จุ สุวรรณโณ และ จอม สุวรรณโณ, 2560) ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตที่สามารถป้องกันได้ เนื่องจากมีอาการเตือนเกิดขึ้นก่อนที่จะเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการดูแลกลุ่มผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ตามระยะเวลาที่ทำให้เกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางในการจัดการได้ทันเวลากับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ อายุ ความดันโลหิตสูง อาการ ระยะเวลา เบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

เพื่อให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีทิศทางที่ชัดเจนและครอบคลุมประเด็นสำคัญ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ดังแสดงในภาพต่อไปนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ขอบเขตของงานวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) ความชุกและปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว จากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ได้รับการลงทะเบียนตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision รหัส G459 (ICD10 code G459) ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2565 และเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

ผู้ศึกษาทบทวนข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) จากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวและรับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้รับการลงทะเบียนโรค ICD10 code G459 และได้รับวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีการลงทะเบียนตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision รหัส I60 – I69 (ICD10 code I60 – I69)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ได้รับการลงทะเบียนโรค ICD10 code G459 ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2565 และเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภายในระยะเวลา 2 วัน 7 วัน 90 วัน 1 ปี และ 5 ปี เนื่องจากพบผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมากที่สุดในระยะเวลา 5 ปี โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง พูดไม่ออก เดินเซ เสียการทรงตัว เห็นภาพซ้อน ตาดับมิดข้างใดข้างหนึ่ง หรือสูญเสียลานสายตาครึ่งซีก มีอาการน้อยกว่า 1 ชั่วโมง และอาการต้องหายสนิทภายใน 24 ชั่วโมง ได้รับการวินิจฉัย มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวได้รับการลงทะเบียนโรค ICD10 code G459 และเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการลงทะเบียนโรค ICD10 code I60 – I69

2. เกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองภายในระยะเวลา 2 วัน 7 วัน 90 วัน 1 ปี และ 5 ปี หลังจากมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอาการและ/หรืออาการแสดงที่ไม่ตรงกับเกณฑ์การวินิจฉัย
2. ผู้ป่วยที่มีบันทึกเวชระเบียนไม่ครบถ้วน เช่น ขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย อายุ ความดัน อาการ

ระยะเวลา เบาหวาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน

1 ชุด โดยมีเนื้อหาครอบคลุมข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว โรคร่วมที่เกี่ยวข้อง และการประเมินความเสี่ยง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเนื้อหาและประเด็นคำถาม จากนั้นจึงจัดทำเครื่องมือฉบับร่าง

2. ลักษณะของเครื่องมือ แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

- 2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ วันแรกเข้าของการได้รับวินิจฉัยมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และอาการของการมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว วันที่ถูกวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อาการเมื่อได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

- 2.2 ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน และประวัติการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์

- 2.3 ส่วนที่ 3 การประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ดำเนินการโดยใช้แบบประเมินคะแนน ABCD2 Score (Amarenco et al., 2018) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับทางคลินิก ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) อายุ (Age) ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ได้ 0 คะแนน และผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้ 1 คะแนน 2) ความดันโลหิต (Blood Pressure) หากความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ได้ 0 คะแนน และหากมีความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ได้ 1 คะแนน 3) อาการแสดงทางคลินิก (Clinical Features) ได้แก่ ผู้ที่ไม่มีแขนขาอ่อนแรงและไม่มีอาการผิดปกติในการพูด ได้ 0 คะแนน, หากมีอาการผิดปกติในการพูดโดยไม่มีแขนขาอ่อนแรง ได้ 1 คะแนน และหากมีอาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ได้ 2 คะแนน 4) ระยะเวลาของอาการ (Symptom Duration) หากอาการมีระยะเวลาน้อยกว่า 10 นาที ได้ 0 คะแนน, หากเป็นเวลา 10-59 นาที ได้ 1 คะแนน และหากอาการนานตั้งแต่ 60 นาทีขึ้นไป ได้ 2 คะแนน และ 5) การมีเบาหวาน (Diabetes) ผู้ที่ไม่มีเบาหวาน ได้ 0 คะแนน และผู้ที่เป็นเบาหวาน ได้ 1 คะแนน เมื่อนำคะแนนจากทั้ง 5 องค์ประกอบมารวมกัน จะได้คะแนนรวมตั้งแต่ 0-7 คะแนน ซึ่งสามารถแบ่งระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้เป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 0-3 หมายถึงความเสี่ยงต่ำ คะแนน 4-5 หมายถึงความเสี่ยงปานกลาง คะแนน 6-7 หมายถึงความเสี่ยงสูง

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือฉบับร่างเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านระบบประสาท เพื่อประเมินความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงจนได้เครื่องมือฉบับสมบูรณ์

2. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยการทดลองใช้เครื่องมือ (Try-out) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน เพื่อประเมินค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าดังนี้ ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติโรคร่วม: ค่าความเชื่อมั่น = 0.78 ส่วนที่ 3 การประเมินความเสี่ยงในผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว: ค่าความเชื่อมั่น = 0.85 โดยรวมแล้ว เครื่องมือทั้งหมดมี ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82 ซึ่งอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นและสามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงได้อย่างเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน
2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานฝ่ายเวชระเบียนของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อขอความช่วยเหลือในการขอข้อมูลแฟ้มจากเวชระเบียน
3. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ทำการบันทึกตามแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ วันแรกที่เข้ารับบริการ วันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาการแรกขณะวินิจฉัย โดยใช้สถิติร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) ในการหาความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยคำนวณโดยใช้สูตรความชุก (Prevalence) คือ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองในช่วงเวลาศึกษาหารด้วยจำนวนประชากรทั้งหมดที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวในช่วงเวลาเดียวกัน แล้วคูณด้วย 100 เพื่อแสดงผลเป็นร้อยละ วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงจากแบบประเมินคะแนน ABCD2 Score พิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ แบ่งตามระดับความเสี่ยง แบ่งระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้เป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 0-3 ความเสี่ยงต่ำ คะแนน 4-5 เสี่ยงปานกลาง คะแนน 6-7 ความเสี่ยงสูง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (Institution Review Board [IRB]) เลขที่ 108/2566 เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ.2567 การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาภายใต้ชุดข้อมูลทุติยภูมิ โดยมีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ไม่มี การระบุรายชื่หรือข้อมูลอื่นใดที่อาจเชื่อมโยงไปสู่ ข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย อันทำให้เกิดความเสียหาย และผิดจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ได้ การจัดเก็บและการเข้าถึงข้อมูลดำเนินการภายใต้มาตรฐานด้านจริยธรรมและความปลอดภัยของข้อมูลอย่างเคร่งครัด โดยข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาในระบบที่มีการป้องกันการเข้าถึง และใช้เฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยที่เผยแพร่ในบทความฉบับนี้เป็นข้อมูลเชิงภาพรวมในระดับกลุ่ม มิได้ระบุข้อมูลเฉพาะรายบุคคลแต่อย่างใด เพื่อคงไว้ซึ่งจริยธรรมวิชาชีพพยาบาลและหลักคุณธรรมพื้นฐานในการทำวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะประชากร ผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวในปี พ.ศ. 2561 - พ.ศ.2565 จำนวน 413 ราย, 463 ราย, 556ราย, 525 ราย, และ 566 ราย ตามลำดับ รวมทั้งสิ้นเท่ากับ 2,523 ราย เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.6) มีอายุเฉลี่ย 59 ปี (S.D. = 14.16) เพศหญิง (ร้อยละ 48.4) มีอายุเฉลี่ย 60 ปี (S.D. = 15.3) ส่วนมากมีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 51.8) พบมีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 67.8 โรคเบาหวานร้อยละ 45.2 ความผิดปกติของไขมันในเลือดร้อยละ 39.6 และโรคหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ร้อยละ 3.5 นอกจากนั้นยังพบมีพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ ร้อยละ 26.2 และดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ร้อยละ 22.4 เมื่อศึกษาความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว พบ ร้อยละ 7.56, ร้อยละ 8.90, 10.63, 11.83 และ 12.86 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว จำแนกตามระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้การประเมินค่าคะแนน ABCD2 Score (n= 2,523) พบว่า ความเสี่ยงสูง และความเสี่ยงปานกลาง พบในผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.28 และ 65.74 ตามลำดับ) ในขณะที่ความเสี่ยงต่ำพบในผู้ที่อายุน้อยกว่า 60 ปีเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.69) ส่วนความดันโลหิต

ผลการศึกษาพบว่า ความเสี่ยงสูง พบมากในผู้ที่มีความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอท ขึ้นไป (ร้อยละ 64.77) ในขณะที่ความเสี่ยงต่ำและความเสี่ยงปานกลาง พบในผู้ที่มีความดันน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.22 และ 56.07 ตามลำดับ) อาการ ผลการศึกษาพบว่า ความเสี่ยงสูง พบมากในผู้ที่มีอาการปวดผิดปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง (ร้อยละ 52.40) ในขณะที่ความเสี่ยงต่ำ และความเสี่ยงปานกลาง พบว่ามีอาการปวดได้ปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.21 และ 66.06 ตามลำดับ) ระยะเวลาผลการศึกษาพบว่า ความเสี่ยงสูง พบมากที่ระยะเวลาในการเกิดตั้งแต่ 60 นาทีขึ้นไป (ร้อยละ 53.74) ในขณะที่ความเสี่ยงต่ำ และความเสี่ยงปานกลาง พบระยะเวลาในการเกิดอยู่ที่ 10 นาที ถึง 59 นาที เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.48 และ 38.35 ตามลำดับ) การเป็นเบาหวานผลการศึกษาพบว่า ความเสี่ยงสูง และความเสี่ยงปานกลางส่วนใหญ่เป็นเบาหวาน (ร้อยละ 55.78 และ 67.99 ตามลำดับ) ในขณะที่ความเสี่ยงต่ำพบว่าไม่เป็นเบาหวาน (ร้อยละ 67.52) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การแสดงปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n= 2,523)

ปัจจัย	ระดับความเสี่ยง N(%)		
	ความเสี่ยงต่ำ (N=468)	ความเสี่ยงปานกลาง (N=931)	ความเสี่ยงสูง (N=1124)
อายุ			
< 60 ปี	270(57.69)	319(34.26)	289(25.72)
≥ 60 ปี	198(42.31)	612(65.74)	835(74.28)
ความดันโลหิต			
ค่าปกติ	338(72.22)	522(56.07)	396(35.23)
≥ 140/90 mmHg.	130(27.78)	409(43.93)	728(64.77)
อาการ			
ปวดได้ปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง	352(75.21)	615(66.06)	311(27.67)
ปวดผิดปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง	116(24.79)	208(22.34)	589(52.40)
แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก	0	108(11.60)	224(19.93)
ระยะเวลา			
น้อยกว่า 10 นาที	95(20.30)	106(11.38)	115(10.23)
10-59 นาที	255(54.48)	357(38.35)	405(36.03)
≥ 60 นาที	118(25.22)	468(50.27)	604(53.74)
เบาหวาน			
ไม่เป็นเบาหวาน	316(67.52)	298(32.01)	497(44.22)
เป็นเบาหวาน	152(32.48)	633(67.99)	627(55.78)

คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 6 (S.D.=1.53 คะแนน) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ระดับสูง (ร้อยละ 44.55; 95%CI; 41.9-46.2) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว โดยใช้การประเมินค่าคะแนน ABCD2 Score (N = 2,523)

คะแนนความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
ระดับคะแนนความเสี่ยง			
คะแนน ABCD2 0-3 (ความเสี่ยงต่ำ)	468	18.55	17.2-20.8
คะแนน ABCD2 4-5 (ความเสี่ยงปานกลาง)	931	36.90	34.1-38.7
คะแนน ABCD2 6-7 (ความเสี่ยงสูง)	1124	44.55	41.9-46.2
Mean $\pm$ S.D. (Min: Max) 6 $\pm$ 1.53 (3 : 7)			

หมายเหตุ : ABCD2 Score ; age, blood pressure, clinical feature, symptom Duration, diabetes

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี โดยร้อยละ 74.28 ของผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความเสี่ยงสูง เมื่อพิจารณาตามปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ 60 ปี ขึ้นไป ค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอท ขึ้นไป อาการปวดผิดปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ระยะเวลาในการเกิดอาการ 60 นาทีขึ้นไป และเป็นเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ชัดเจนที่สุด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Khare, 2016; ศุภกาญจน์ โอภาสรัตนกร และ อรเพ็ญ สุขะวัลลิ, 2563 ที่กล่าวไว้ว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยในระบบหัวใจและหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดแข็งและมีความยืดหยุ่นลดลง หลอดเลือดขยายตัวได้น้อย ส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้างเกิดการเปลี่ยนแปลงของสมอง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Juli et al. (2022) ที่บอกกว่าอายุเป็นตัวทำนายที่มีนัยสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว โดยความเสี่ยงในผู้สูงอายุจะมีค่ามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่า

ด้านความดันโลหิตสูง การเกิดความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะเร่งการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง มีการทำลายของผนังหลอดเลือดชั้นเอนโดทีเลียมทำให้มีการรวมตัวของเกร็ดเลือด และกระตุ้นการทำงานของสารที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือด ส่งผลให้เกิดการแข็งตัวของลิ่มเลือดเกิดภาวะ Thrombosis (AHA/ASA, 2021; Panuganti et al., 2023) เกิดการหลุดลอยจากหัวใจ ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบลง ส่งผลให้เกิดการขาดเลือดในหลอดเลือดบริเวณนั้น หรือเกิดจากหลอดเลือดที่ตีบตัน ซึ่งการขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียหายของเซลล์สมอง ทำให้เกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Wong et al., 2023) จากผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูงร้อยละ 43.93 ที่มีค่าความดันโลหิต $\geq 140/90$ มิลลิเมตรปรอท ซึ่งข้อมูลนี้มีความสอดคล้องกับ การศึกษาของ Biel, Keeley, และ Todd (2025) พบว่าผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ที่มีประวัติความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในช่วง 90 วันแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาลโดยมีหลักฐานสนับสนุนว่า ความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจากมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

ด้านอาการของผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว จะพบว่ามีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ อาการชาหรืออ่อนแรงอย่างกะทันหันของใบหน้า แขน หรือขา โดยเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย เกิดความสับสนอย่างฉับพลัน มีปัญหาในการพูดหรือทำความเข้าใจ มีปัญหาด้านการมองเห็นไม่ชัดเจนอย่างกะทันหัน ที่ตาข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง การเดินลำบากแบบกะทันหัน เสียการทรงตัว เวียนศีรษะ (Subramanian et al., 2020) ซึ่งในผู้ที่มีคะแนนความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 25.40 มีอาการปวดผิดปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wolters และคณะ (2024) พบว่า อาการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว คือ อ่อนแรงแขนและปวดไม่ชัด โดยพบว่า ร้อยละ 62.2 ของผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมีอาการลักษณะนี้ และหากรวมการมองเห็นผิดปกติ และเวียนศีรษะ จะเพิ่มความไวในการวินิจฉัยจากร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 86

ด้านระยะเวลาในการเกิดอาการของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ผู้ที่เป็นจะมีอาการน้อยกว่า 1 ชั่วโมง และอาการหายสนิท ภายใน 24 ชั่วโมง หลังมีอาการ (Amarenco, 2020) ในผู้ที่มีคะแนนความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 53.74 พบมีระยะเวลาในการเกิดอาการ ≥ 60 นาที มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Amarenco et al. (2018) รายงานว่า 60% ของผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว มีอาการหายภายใน 1 ชั่วโมง และมากกว่า 70% หายภายใน 2 ชั่วโมง ขณะที่ประมาณ 14% ของผู้ป่วยมีอาการนานเกิน 6 ชั่วโมง

ด้านโรคเบาหวานในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่สามารถนำพลังงานจากอาหารที่รับประทานเข้าไปใช้ได้หมด เกิดการสะสมไว้ในหลอดเลือดแดงส่งผลให้เกิดความแข็งกระด้างของหลอดเลือดแดง ทำให้อัตราการไหลเวียนเลือดในสมองที่จะไปเลี้ยงร่างกายลดลงทำให้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (AHA/ASA, 2021; Panuganti et al., 2023; Khare, 2016.) ผู้ที่มีคะแนนความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 55.78 เป็นโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Pan, Chen และ Wang (2019) ผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายใน 90 วันสูงถึง 15.8% เมื่อเทียบกับ 6.9% ในผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน โดยมีค่าสัมพัทธ์ความเสี่ยง เท่ากับ 2.38 นอกจากนี้ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติแม้ยังไม่ถึงเกณฑ์วินิจฉัยเบาหวาน ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยผู้ที่มีภาวะน้ำตาลผิดปกติมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น เท่ากับ 1.57 เทียบกับผู้ที่ไม่มีระดับน้ำตาลปกติ (Wang et al., 2016)

จากการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวโดยใช้เครื่องมือ ABCD2 score พบว่าผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่ อายุมากกว่า 60 ปี มีความดันโลหิตสูง มีอาการพูดผิดปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง อาการที่เกิดขึ้นมีระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 60 นาที มีโรคเบาหวาน ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ยิ่งไปกว่านั้นจากการศึกษาย้อนหลัง 5 ปี พบผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 7.56, ร้อยละ 8.90, 10.63, 11.83 และ 12.86 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามไม่สามารถอภิปรายผลการศึกษารั้งนี้เปรียบเทียบกับผลการศึกษาที่ผ่านมาเนื่องจากประเด็นนี้ไม่เคยมีการศึกษามาก่อนในประเทศไทย

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาลเชิงคลินิก พยาบาลสามารถนำผลการศึกษามาใช้ในการประเมินความเสี่ยงของผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในด้านการคัดกรอง การวางแผนการดูแล และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต รวมทั้งสามารถออกแบบแผนการพยาบาลเฉพาะบุคคลตามปัจจัยเสี่ยงที่ตรวจพบในผู้ป่วยแต่ละราย

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค พยาบาลวิชาชีพสามารถนำข้อมูลจากการศึกษานี้ไปใช้พัฒนาโครงการให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน โดยเน้นการตระหนักรู้ถึงอาการเตือนของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3. ด้านการวิจัยและการศึกษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานวิจัยเชิงลึกในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป เช่น การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลที่พัฒนาโดยพยาบาล หรือการวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามจากทีมพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและการดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในอนาคตควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยให้สามารถประเมินระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยได้แม่นยำยิ่งขึ้น และช่วยในการวางแผนการป้องกันหรือรักษาที่เหมาะสม ลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง

2. การวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจากสถานบริการสุขภาพเพียงแห่งเดียว เพื่อให้มีความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างในบริบทที่แตกต่างกัน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มจากหลายสถานบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561* [Public Health Statistics A.D. 2018]. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สืบค้นจาก <https://spd.moph.go.th/public-health-statistics/>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว [เอกสารอัดสำเนา].
- จุก สุวรรณโณ และจอม สุวรรณโณ. (2560). การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงจำนวนและชนิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวในเพศหญิงและชาย. *รวมอาชีพพยาบาลสาร*, 23(2), 160-177.
- นงพิมล นิมิตรอนันท์, ศศิธร รุจนเวช, และจุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล. (2562). รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองตามมิติวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำ: กรณีศึกษาชุมชนหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(2), 80-92.
- วิราวรรณ จันทมูล, อภรณ์ ดินาน และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(2), 14-27.
- ศุภกาญจน์ โอภาสรัตนกร และอรเพ็ญ สุขะวัลลิ. (2563). ชนิด จำนวนโรคร่วม และโรคร่วมหลายชนิดที่พบในผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวแต่ละกลุ่มวัย และในกลุ่มวัยสูงอายุ เทียบกับกลุ่มวัยผู้ใหญ่. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(2), 79-95.
- สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (clinical nursing practice guideline for stroke)*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สินีนาน นาคศรี, อรเพ็ญ สุขะวัลลิ, จุก สุวรรณโณ, จอม สุวรรณโณ และชิดชนน มยุรภักดี. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนน และระดับความเสี่ยงจำแนกจากคะแนน ABCD2 กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชั่วคราว : การติดตามระยะยาว 12 เดือน. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย*, 5(2), 74-84.
- Kleindorfer, D. O., Towfighi, A., Chaturvedi, S., Cockcroft, K. M., Gutierrez, J., Lombardi-Hill, D., Kamel, H., Kernan, W. N., Kittner, S. J., Leira, E. C., Lennon, O., Meschia, J. F., Nguyen, T. N., Pollak, P. M., Santangeli, P., Sharrief, A. Z., Smith Jr, S. C., Turan, T. N., & Williams, L. S. (2021). 2021 guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 52, e364-e467. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000375>
- Amarenco, P. (2020). Transient ischemic attack. *The New England Journal of Medicine*, 382(20), 1933-1941. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1908837>

- Amarenco, P., Lavallée, P. C., Tavares, L. M., Labreuche, J., Albers, G. W., Abboud, H., Anticoli, S., Audebert, H., Bornstein, N. M., Caplan, L. R., Correia, M., Donnan, G. A., Ferro, J. M., Gongora-Rivera, F., Heide, W., Hennerici, M. G., Kelly, P. J., Král, M., Lin, H.-F., ... Wong, L. K. S., & the TIARegistry.org Investigators. (2018). Five-year risk of stroke after transient ischaemic attack or minor ischaemic stroke. *The New England Journal of Medicine*, 378(23), 2182–2190. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1802712>
- Amin, H. P., Madsen, T. E., Bravata, D. M., Wira, C. R., Johnston, S. C., Ashcraft, S., Burrus, T. M., Panagos, P. D., Wintermark, & M., Esenwa, C. (2023). Diagnosis, workup, risk reduction of transient ischemic attack in the emergency department setting: A scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, 54(3), 109–121. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000418>
- Aslan, I. K., & Salt, I. (2020). Clinical progress and prognosis in TIA: Experiences of a Specialised Neurology Hospital. *Acta Medica*, 53(4), 342–349. <https://doi.org/10.32552/2022.ActaMedica.752>
- Biel, A., Keeley, J., & Todd, B. (2025). Stroke risk associated with lowering elevated blood pressure in patients with transient ischemic attack. *Cureus*, 17(2), e78736. <https://doi.org/10.7759/cureus.78736>
- Juli, C., Heryaman, H., Arnengsih, A., Ang, E.-T., Defi, I. R., Gamayani, U., & Atik, N. (2022). The number of risk factors increases the recurrence events in ischemic stroke. *European Journal of Medical Research*, 27(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s40001-022-00768-y>
- Khare, S. (2016). Risk factors of transient ischemic attack: An overview. *Journal of Midlife Health*, 7(1), 2–7. <https://doi.org/10.4103/0976-7800.179166>
- Lioutas, V. A., Ivan, C. S., Himali, J. J., Aparicio, H. J., Leveille, T., Romero, J. R., Beiser, A. S., & Seshadri, S. (2021). Incidence of transient ischemic attack and association with long-term risk of stroke. *JAMA*, 325(4), 373–381. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.25071>
- Mendelson, S. J., & Prabhakaran, S. (2021). Diagnosis and management of transient ischemic attack and acute ischemic stroke: A review. *JAMA*, 325(11), 1088–1098. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.26867>
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., Das, S. R., de Ferranti, S., Després, J. P., Fullerton, H. J., Howard, V. J., Huffman, M. D., Isasi, C. R., Jiménez, M. C., Judd, S. E., Kissela, B. M., Lichtman, J. H., Lisabeth, L. D., Liu, S., Mackey, R. H., Magid, D. J., McGuire, D. K., Mohler, E. R. 3rd, Moy, C. S., Muntner, P., Reeves, M. J., Rodriguez, C. J., Rosamond, W., Sorlie, P. D., Stein, J., Towfighi, A., Turan, T. N., Virani, S. S., Woo, D., Yeh, R. W., & Turner, M. B.; American Heart Association Statistics Committee; Stroke Statistics Subcommittee. (2016). Executive summary: Heart disease and stroke statistics—2016 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 133(4), 447–454. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000366>
- National Health Service. (2023). *Transient Ischaemic Attack (TIA)*. <https://www.nhsinform.scot/illnesses-and-conditions/brain-nerves-and-spinal-cord/transient-ischaemic-attack-tia/>
- Panuganti, K. K., Tadi, P., & Lui, F. (2023). *Transient Ischemic Attack*. StatPearls Publishing.

- Pan, Y., Chen, W., & Wang, Y. (2019). Prediabetes and outcome of ischemic stroke or transient ischemic attack: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 28(3), 683–692. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.11.008>
- Shahjouei, S., Sadighi, A., Chaudhary, D., Li, J., Abedi, V., Holland, N., Phipps, M., & Zand, R. (2021). A 5-decade analysis of incidence trends of ischemic stroke after transient ischemic attack: A systematic review and meta-analysis. *JAMA neurology*, 78(1), 77–87. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.3627>
- Subramanian, S. K., Baniña, M. C., Sambasivan, K., Haentjens, K., Finestone, H. M., Sveistrup, H., & Levin, M. F. (2020). Motor-equivalent intersegmental coordination is impaired in chronic stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 34(3), 210–221. <https://doi.org/10.1177/1545968319899912>
- Verheugt, F. W., & Granger, C. B. (2015). Oral anticoagulants for stroke prevention in atrial fibrillation: Current status, special situations, and unmet needs. *The Lancet*, 386(9990), 303–310. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60245-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60245-8)
- Wang, C., Redgrave, J., Shafizadeh, M., Majid, A., Kilner, K., & Ali, A. N. (2019). Aerobic exercise interventions reduce blood pressure in patients after stroke or transient ischaemic attack: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 53(24), 1515–1525. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098903>
- Wang, Y., Zhao, X., Lin, J., et al. (2016). Association between cyp2c19 loss-of-function allele status and efficacy of clopidogrel for risk reduction among patients with minor stroke or transient ischemic attack. *JAMA*, 316(1), 70–78–691. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8662>
- Claus, J. J., Berghout, B. B. P., Box, C. V. J., Licher, S., Roozenbeek, B., Ikram, M. K., & Wolters, F. J. (2024). Characterizing TIA and stroke symptomatology in a population-based study: implications for and diagnostic value of FAST-based public education. *BMC Public Health*, 24(1), 3512. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20960-5>
- Wong, C., Cheers, M. S., McGraw, M. A., King, L., & Cerejo, R. (2023). Ischemic stroke and transient ischemic attack. In T. P. Campbell & K. M. Kelly (Eds.), *Handbook of emergency neurology* (pp. 137–172). Cambridge University.
- World Stroke Organization. (2023). *The 2023 World Stroke Day Campaign Is Now Live*. <http://www.worldstrokecampaign.org/images/wsd-2023/>

การศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างระดับการติดยาสูบและ
การติดสารเสพติดในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

The relationship and predictive power between nicotine dependence levels and
substance addiction among adolescents using electronic cigarettes

นริศรา เสามั่น, รุจิสร สุระถาวร*, วชรวิงศ์ หวังมัน, ธิดารัตน์ คณิงเพียร

Narissara Soutmun, Rujisan Surathaworn*, Watchareewong Wangmun, Thidarat Kanungpiarn

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพบุรี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: rujisan@bcnsurin.ac.th

(Received: April 9, 2025; Revised: June 10, 2025; Accepted: September, 11, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างระดับการติดยาสูบและการติดสารเสพติดในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นวัยรุ่น 15-18 ปี ในชุมชนจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 84 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการติดยาสูบ แบบประเมินการใช้สารเสพติด ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า ระดับการติดยาสูบส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำมาก คิดเป็น ร้อยละ 34.53 (29 ราย) ระดับการติดสารเสพติด ส่วนใหญ่ มีคะแนนระหว่าง 2-3 คะแนน อนุมานว่าเป็นผู้ใช้ คิดเป็นร้อยละ 58.33 (49 ราย) ระดับการติดยาสูบและมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการติดสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.226, p < 0.05$) และพบว่าระดับการติดยาสูบสามารถทำนายการติดสารเสพติดในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้ร้อยละ 5.1 ($R^2=0.051, p < 0.05$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การติดยาสูบมีอิทธิพลต่อการติดสารเสพติดในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ดังนั้นควรมีการควบคุมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อลดโอกาสการติดสารเสพติดในวัยรุ่นต่อไป

คำสำคัญ: การติดยาสูบ การติดสารเสพติด วัยรุ่น บุหรี่ไฟฟ้า

Abstract

This descriptive study aimed to examine the relationship and predictive power of nicotine dependence levels on substance addiction among adolescents using e-cigarettes. The sample consisted of 84 adolescents aged 15–18 years, residing in communities in Surin Province, who were purposively selected based on predefined inclusion criteria. Research instruments included a personal information questionnaire, a nicotine dependence scale, and a substance use assessment scale. The reliability of the instruments was confirmed with Cronbach's alpha coefficients of 0.92 and 0.94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The findings revealed that most participants had very low levels of nicotine dependence (34.53%, $n=29$). For substance use, the majority scored between 2–3 points, indicating user status (58.33%, $n=49$). Nicotine dependence was found to have a low but statistically significant positive correlation with substance addiction ($r = 0.226, p < 0.05$). Moreover, nicotine dependence

significantly predicted substance addiction among adolescents who used e-cigarettes, accounting for 5.1% of the variance ($R^2 = 0.051$, $p < 0.05$).

These results demonstrate that nicotine dependence influences substance addiction in adolescents using e-cigarettes. The findings underscore the importance of preventive and control measures against e-cigarette use to reduce the risk of subsequent substance addiction among adolescents.

Keywords: nicotine dependence, substance addiction, teenagers, electronic cigarettes

บทนำ

การใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสาเหตุของการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นจากการสำรวจล่าสุดของสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทยที่ทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง 400 คนอายุระหว่าง 13-25 ปีทั่วประเทศเดือน เมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2565 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.5 สูบบุหรี่ ไฟฟ้า (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ [ศจย], 2565) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นกังวลอย่างยิ่ง หากยังไม่ดำเนินการแก้ไข ที่สำคัญกว่านั้นการใช้บุหรี่ยังมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดและนำไปสู่การมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การทะเลาะวิวาท การชกต่อย/ต่อสู้ การขับซิ่งรถ ในลักษณะแข่งขัน การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การลักทรัพย์ความรู้สึกลึก/อารมณ์ซึมเศร้า ความคิดอยากฆ่าตัวตาย การถูกทำร้ายโดยคู่รัก และถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ (Crews et al., 2016)

วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาที่ก้าวจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นวัยที่ต้องการอิสระ ให้ความสนใจเพื่อนมากกว่าครอบครัว ชอบใช้เวลาอยู่กับเพื่อนนาน ๆ เป็นวัยที่มีอารมณ์แปรปรวนและเปลี่ยนแปลงง่าย มีความอยากรู้อยากลองสูงสุด ไม่ชอบให้ใครมาบังคับ ต้องการหลีกเลี่ยงกฎเกณฑ์และข้อบังคับ ชอบเลียนแบบเพื่อนเพื่อต้องการได้รับการยอมรับจากเพื่อน แต่ยังขาดประสบการณ์และทักษะชีวิต จนบางครั้งทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ได้ง่าย (อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ, 2561) ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมกาเสพติด โดยเฉพาอย่างยิ่งปัจจุบันนี้ เกิดการแพร่ระบาดของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจำนวนมากในวัยรุ่น อีกทั้งพบว่ยังมีสารเสพติดอื่น ๆ ที่วัยรุ่นมักอยากรู้อยากลอง ได้แก่ กัญชา กระท่อม และแอลกอฮอล์ ซึ่งพบมากในวัยรุ่นและได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงทำให้วัยรุ่นก้าวเข้าสู่พฤติกรรมกาสูบบุหรี่ไฟฟ้าและสารเสพติดเหล่านี้ไปพร้อมกัน (Savigamin et al., 2015; Crews et al., 2016)

ในปัจจุบันเริ่มมีรายงานความชุกของการใช้สารเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดร่วมกันในกลุ่มเยาวชนทั่วโลกที่เพิ่มมากขึ้น (Fix et al., 2014; Conway et al., 2017; Cohn et al., 2015) และก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบที่ทวีความซับซ้อนและรุนแรงมากยิ่งขึ้น (Roche et al., 2016) ตัวอย่างเช่น หากเยาวชนที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักและสูบบุหรี่เป็นประจำมีโอกาสที่จะได้รับผลกระทบทางลบต่อสุขภาพบ่อยครั้งและมีความรุนแรงมากกว่าเมื่อเทียบกับการดื่มแอลกอฮอล์หรือการสูบบุหรี่เพียงอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น นอกจากนี้ เยาวชนที่สูบบุหรี่ร่วมกับดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้ยากกว่าเยาวชนที่สูบบุหรี่แต่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ถึง 4 เท่า (Kahler et al., 2010) ในขณะที่เยาวชนที่ใช้กัญชาก็มีโอกาสเสี่ยงอย่างมากที่จะนำไปสู่การเสพติดชนิดอื่น ๆ (Hall, 2016; Meier et al., 2012) โดยร้อยละ 75.00 ของเยาวชนที่ใช้กัญชาจะดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย (Butterworth et al., 2014; Haas et al., 2015) ซึ่งการใช้กัญชาาร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้มีโอกาสสูงมากที่เยาวชนจะพัฒนาจากการดื่มปกติไปเป็นการดื่มอย่างหนัก จนทำให้ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุจราจรและผลกระทบต่อสุขภาพและผลกระทบทางสังคมอื่น ๆ มากขึ้น (Midanik et al., 2007; Subbaraman & Kerr, 2015; Terry-McElrath et al., 2014)

จากที่กล่าวมาข้างต้น เห็นถึงความรุนแรงของการมีพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ร่วมกับสารเสพติดอื่นๆ ซึ่งปัจจุบัน บุหรี่ไฟฟ้าที่กำลังแพร่หลายในหมู่วัยรุ่นพบปัญหาเพิ่มในการเสพติด จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและสารเสพติด ทั้งในและต่างประเทศ พบว่า มีการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับทั้งหมด 21 เรื่อง ทั้งการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (Cohort study) และการศึกษาแบบเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional

analytical study) จากอาสาสมัคร 128,227 คน พบว่า ผู้ที่มีประวัติการใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีความเสี่ยงในการใช้กัญชาเป็น 3.47 เท่า (AOR = 3.47, 95% CI = 2.63–4.59) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีประวัติการใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยพบว่าผู้ที่มีประวัติการใช้บุหรี่ไฟฟ้า มีความเสี่ยงในการใช้กัญชาทั้งการศึกษาแบบระยะยาว (AOR = 2.43, 95% CI = 1.51–3.90) และการศึกษาแบบเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (AOR = 3.70, 95% CI = 2.76–4.96) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีประวัติการใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยความเสี่ยงของการใช้กัญชาจะสูงทั้งในกลุ่มผู้ที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่เป็นวัยรุ่น (AOR = 2.43, 95% CI = 1.51–3.90) และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (AOR = 3.70, 95% CI = 2.76–4.96) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีประวัติการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในแต่ละกลุ่ม (Chadi et al., 2019) ทั้งในกลุ่มผู้ที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่เป็นวัยรุ่น (AOR = 2.43, 95% CI = 1.51–3.90) และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (AOR = 3.70, 95% CI = 2.76–4.96) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีประวัติการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในแต่ละกลุ่ม (Chadi et al., 2019) ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่า วัยรุ่นที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าและเป็นผู้ที่อายุน้อย (อายุ 12–14 ปี) จะเพิ่มความเสี่ยงในการใช้กัญชาอย่างหนักเป็น 2.5 เท่า (AOR = 2.5, 95% CI = 1.2–5.3) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า (Dai et al., 2018) อีกทั้งพบว่าการเริ่มต้นใช้บุหรี่ไฟฟ้าส่งผลต่อการเป็นนักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากวิจัยในวัยรุ่น 28 เรื่อง ทั้งการศึกษาแบบเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางและการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า จากอาสาสมัคร 458,357 คน พบว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มความเสี่ยงสูงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 6.62 เท่า (AOR = 6.62, 95% CI = 5.67–7.72) เพิ่มความเสี่ยงในการดื่มอย่างหนักหรือดื่มจนเมาหัวราน้ำ 6.73 เท่า (AOR = 6.73, 95% CI = 4.50–10.07) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยพบว่าเฉพาะกลุ่มที่เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษา การใช้บุหรี่ไฟฟ้า เพิ่มความเสี่ยงสูงในการใช้แอลกอฮอล์ 8.17 เท่า (AOR = 8.17, 95% CI = 5.95–11.2) และเพิ่มความเสี่ยงในการดื่มอย่างหนักหรือดื่มจนเมาหัวราน้ำ 7.98 เท่า (AOR = 7.98, 95% CI = 5.98–10.63) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า และยังพบอีกว่ากลุ่มนักเรียนผู้ที่เริ่มต้นใช้บุหรี่ไฟฟ้าเมื่ออายุน้อย มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มนักเรียนผู้ที่เริ่มต้นใช้บุหรี่ไฟฟ้าเมื่ออายุมากกว่า (AOR = ranged 2.8–4.1, $p < .05$) (McCabe et al., 2018) ดังนั้น จะเห็นว่า จากการศึกษาในต่างประเทศพบถึงความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการติดสารเสพติดในวัยรุ่น

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยนั้นไม่มีจำกัด พบเพียงการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (Savigamin et al., 2015) จะเห็นได้ว่า ความชุกของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนหรือนักเรียน นักศึกษาทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศต่างๆ พบว่า การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนหรือนักเรียนนักศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือมีผลต่อการใช้สารเสพติดอื่นๆ ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้กัญชา และสารเสพติด อีกประเภทที่กำลังระบาดในหมู่วัยรุ่นคือ กระท่อม มักพบร่วมกับการสูบบุหรี่ การศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายระหว่างการใช้ยาเสพติดและระดับการติดนิโคตินในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ในเยาวชนหรือนักเรียนนักศึกษา จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ได้ข้อมูลยืนยันและเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการสื่อสารรณรงค์เพื่อการป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้กัญชา กระท่อม ซึ่งพบมากในการใช้ร่วมกับการสูบบุหรี่ในเยาวชนหรือนักเรียนนักศึกษาและจะสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการติดนิโคตินและการติดสารเสพติดในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างระดับการติดนิโคตินและการติดสารเสพติดในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

สมมติฐาน

ระดับการติดนิโคตินมีความสัมพันธ์และทำนายการติดสารเสพติดในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่น โดยพบว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือมีผลต่อการใช้สารเสพติดอื่นๆ ด้วยนิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้ามียอดโดยตรงต่อสมองและอารมณ์ กระตุ้นให้นำไปสู่การเสพติดได้ (Dai et al., 2018; Chadi et al., 2019)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร วัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ในพื้นที่ชุมชนจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 2,614 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นวัยรุ่น 15-18 ปี จำนวน 84 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.2 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากพื้นฐาน Power analysis กำหนดค่า Effect 2Size = 0.30 ซึ่งเป็นขนาดกลาง (Cohen, 1977) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 และค่า power = 0.80 คำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 84 ราย

เกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ อายุระหว่าง 15-18 ปี สูบบุหรี่ไฟฟ้า สมรรถภาพและยีนดีให้ข้อมูลการวิจัยอย่างครบถ้วน

เกณฑ์คัดออก การเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความพิการทางร่างกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนซึ่งเป็นเกรดเฉลี่ยสะสม โรคประจำตัว สถานภาพสมรสของบิดา มารดา ผู้ปกครองที่ดูแลเป็นหลัก บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่หรือไม่ ปริมาณการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และสารเสพติดที่เสพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับการติดยาเสพติด ในการวิจัยนี้ใช้แบบทดสอบความรุนแรงในการติดยาเสพติดของผู้สูบบุหรี่ฉบับปรับปรุง (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ซึ่ง ผ่องศรี ศีมรดก (2550) นำมาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลง (2550) จำนวน 6 ข้อเป็นลักษณะแบบมีตัวเลือกให้ตอบ

แปลผลคะแนน

7-10 คะแนน	หมายถึง เสพติดยาเสพติดในระดับรุนแรง
4-6 คะแนน	หมายถึง เสพติดยาเสพติดในระดับปานกลาง
< 4 คะแนน	หมายถึง เสพติดยาเสพติดในระดับเล็กน้อย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการใช้สารเสพติด ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.สร V2) โดยมีจำนวน 6 ข้อ กำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินภายใน 3 เดือนที่ผ่านมาใช้สารเสพติดหลักชนิดใด โดยประเมินพฤติกรรมการเสพติด ทั้งนี้ในแต่ละข้อมีคะแนนแตกต่างกัน ดังนี้

ไม่เคย	= 0 คะแนน
เพียง 1-2 ครั้ง	= 2-5 คะแนน
เดือนละ 1-3 ครั้ง	= 3-6 คะแนน

สัปดาห์ละ 1 ครั้ง = 3-7 คะแนน

เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน) = 6-8 คะแนน

การแปลผล

2-3 คะแนน อนุมานว่าเป็นผู้ใช้

4-26 คะแนน อนุมานว่าเป็นผู้เสพ

27 คะแนนขึ้นไป อนุมานว่าเป็นผู้ติด

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินระดับการติดยาเสพติดและแบบประเมินการใช้สารเสพติด ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในพื้นที่อื่น จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92, 0.94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง และผู้ปกครองเพื่อให้ความยินยอมและให้ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและการแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามการวิจัยประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์โดยหาคะแนนรวม คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการติดยาเสพติดและการติดยาเสพติดโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาระดับของความสัมพันธ์ ดังนี้ $r \leq 0.30$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ $r = 0.30 - 0.70$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง $r \geq 0.70$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
4. วิเคราะห์หาอำนาจการทำนายระหว่างระดับการติดยาเสพติดและการติดยาเสพติดด้วยสถิติถดถอยอย่างง่าย (Simple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกตั้งเบื้องต้น (Assumption) ตามหลักการใช้สถิติดังกล่าว ดังนี้ 1) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) 2) ตัวแปรต้นกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) โดยการทดสอบสถิติเอฟ (F-test) 3) ข้อมูลมีความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ COA N0.5/2568 เลขที่โครงการ 10-2568 ก่อนการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ปกครอง เมื่อได้รับความยินยอมแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้ และข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมและใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น ภายหลังเสร็จสิ้นการทำวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย จากนั้นได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	75	89.28
หญิง	9	10.71
อายุ (ปี)		
17	14	16.67
18	70	83.33
ระดับการศึกษา		
การศึกษานอกโรงเรียน	3	3.57
ปวช	1	1.20
ปวส	69	82.14
มัธยมศึกษา	9	10.71
ไม่ได้เรียน	2	2.38
สถานภาพสมรสบิดามารดา		
หย่าร้าง	21	25.0
อยู่ด้วยกัน	63	75.0
ผู้ปกครองที่ดูแลหลัก		
ญาติ	3	3.58
บิดา	21	25.0
ปู่ย่าตายาย	13	15.47
มารดา	47	55.95
การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว		
ไม่สูบ	50	59.50
สูบบุหรี่	34	40.50
สารเสพติดชนิดอื่นๆ		
กัญชา	24	28.57
กระท่อม	19	22.62
สุรา	41	48.81

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 89.28 อายุ 18 ปี ร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส) คิดเป็นร้อยละ 82.14 สถานภาพสมรสบิดามารดา ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 75 ผู้ปกครองที่ดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 55.95 การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สูบ คิดเป็นร้อยละ 59.50 ชนิดของสารเสพติด พบว่าส่วนใหญ่เสพติด คิดเป็นร้อยละ 48.81

ส่วนที่ 2 การติดตามเสถียรของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของระดับการติดตามเสถียรของกลุ่มตัวอย่าง (n=84)

การติดตามเสถียร	จำนวน	ร้อยละ
2-3 คะแนน อนุমানว่าเป็นผู้ใช้	49	58.33
4-26 คะแนน อนุমানว่าเป็นผู้เสพ	30	35.71
27 คะแนนขึ้นไป อนุমানว่าเป็นผู้ติด	5	5.95

จากตารางที่ 2 ระดับการติดตามเสถียรของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีคะแนนระหว่าง 2-3 คะแนน อนุমানว่าเป็นผู้ใช้ คิดเป็น ร้อยละ 58.33 รองลงมาคือ 4-26 คะแนน อนุমানว่าเป็นผู้เสพ ร้อยละ 35.71 และ 27 คะแนนขึ้นไป อนุমানว่าเป็นผู้ติด ร้อยละ 5.95 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ระดับนิโคตินของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของระดับการติดนิโคตินของกลุ่มตัวอย่าง (n=84)

ระดับการติดนิโคติน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำมาก (0-2 คะแนน)	29	34.52
ระดับต่ำ (3-4 คะแนน)	24	28.57
ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน)	26	30.95
ระดับสูง (7 คะแนน)	1	1.19
ระดับสูงที่สุด (8-10 คะแนน)	4	4.76

จากตาราง 3 ระดับการติดนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำมาก ร้อยละ 34.52 รองลงมาคือติดนิโคตินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.95 และ ติดนิโคตินระดับต่ำ ร้อยละ 28.57 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการติดนิโคตินและการติดตามเสถียร

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการติดนิโคตินและการติดตามเสถียรของกลุ่มตัวอย่าง (n=84)

ตัวแปร	การติดตามเสถียร
ระดับการติดนิโคติน	0.226*

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 4 ระดับการติดนิโคติน และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับระดับการติดนิโคตินของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.226

ส่วนที่ 5 อำนาจการทำนายของระดับการติดนิโคตินต่อการติดสารเสพติด

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของระดับการติดนิโคตินที่มีผลต่อการติดสารเสพติดของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p-value
การติดนิโคติน	.447	.228	.226	2.096	.039*
Constant = 1.266, $R^2 = 0.051$, $R^2_{Adjusted} = 0.039$, $F = 4.394$,					

* $p < 0.05$

จากตาราง 5 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยอย่างง่ายพบว่า ระดับการติดนิโคตินสามารถทำนายการติดสารเสพติดของของกลุ่มตัวอย่างได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายเท่ากับ 0.051 แสดงว่า ระดับการติดนิโคตินสามารถทำนายการติดสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้ร้อยละ 5.1 โดยสมการพยากรณ์ได้ดังนี้

$$\text{สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน } z = 0.226 z_x$$

$$\text{สมการในรูปคะแนนดิบ } y = 1.266 + 0.447x$$

จากสมการดังกล่าวอธิบายได้ว่าเมื่อระดับการติดนิโคตินเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการติดสารเสพติดเพิ่มขึ้น = 0.226 หน่วย

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับการติดนิโคตินและการติดสารเสพติดในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

ผลการวิจัย พบว่า ระดับการติดสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนระหว่าง 2-3 คะแนน อนุมานว่าเป็นผู้ใช้ คิดเป็น ร้อยละ 58.33 และระดับการติดนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำมาก ร้อยละ 34.52 สอดคล้องกับการวิจัย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในวัยรุ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีระดับการติดสารนิโคตินในระดับน้อยมาก (0-2 คะแนน) จำนวน 84 คน (ร้อยละ 8.28) (จินตหรา มีถาวร และคณะ, 2564) และพบว่า นิโคตินถือเป็นยาเสพติดที่นำไปสู่แอลกอฮอล์และยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ซึ่งการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นช่องทางให้วัยรุ่นชนิดอื่น ๆ ได้ เช่น กัญชา โอปิออยด์ เป็นต้น ความนิยมของบุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่มมากขึ้น (Chen et al., 2023)

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างระดับการติดนิโคตินและการติดสารเสพติดในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ผลการวิจัยพบว่าระดับการติดนิโคตินสามารถทำนายการติดสารเสพติดในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ สามารถอภิปรายได้ว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายการติดสารเสพติดในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นได้ สอดคล้องกับงานวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา (เสาวลักษณ์ มะเหศวร และคณะ, 2561) ผลการวิจัยพบว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนหญิงอาชีวศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปัจจัย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AOR = 4.77, 95% CI = 2.240-10.196) สอดคล้องกับในต่างประเทศที่พบว่า วัยรุ่นที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าและเป็นผู้ที่อายุน้อย (อายุ 12-14 ปี) จะเพิ่มความเสี่ยงในการใช้กัญชาอย่างหนักเป็น 2.5 เท่า (AOR = 2.5, 95% CI = 1.2-5.3) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า (Dai et al., 2018) อีกทั้งยังพบว่า การเริ่มต้นใช้บุหรี่ไฟฟ้าส่งผลต่อการเป็นนักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น (Chen et al., 2023) โดยผลการศึกษาแบบเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง จากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ทั้งโรงเรียนของรัฐบาลและเอกชนรวม 2,299 คน พบว่า นักเรียนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้กัญชาและสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับนักเรียนผู้ที่ไม่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า (AOR = ranged 9.5-70.6, $p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาแบบเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางของ Chadi et al.

(2019) ที่พบว่า กลุ่มผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีความเสี่ยงของการใช้กัญชาจะสูงทั้งในกลุ่มวัยรุ่น (AOR = 2.43, 95% CI = 1.51–3.90) และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (AOR = 3.70, 95% CI = 2.76–4.96) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยใช้บุหรี่ไฟฟ้าในแต่ละกลุ่ม (Chadi et al., 2019) ทั้งในกลุ่มผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่เป็นวัยรุ่น (AOR = 2.43, 95% CI = 1.51–3.90) และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (AOR = 3.70, 95% CI = 2.76–4.96) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยใช้บุหรี่ไฟฟ้าในแต่ละกลุ่ม จะเห็นได้ว่าสำหรับวัยรุ่นแล้วการสูบบุหรี่จะเป็นความเสี่ยงอย่างมาก ต่อการติดสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ตามมา

การนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานบริการสุขภาพนำข้อมูลไปรณรงค์หรือจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและคัดกรองการติดสารเสพติดอื่น ๆ ในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อนำสู่การบำบัดรักษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือศึกษาวิจัยตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

- จินตหรา มีถาวร, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, ศิริโชค หงษ์สงวนศรี, และวศิน พิพัฒน์ฉัตร. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 67(1), 21–34.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2550). *การบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่*. โรงพิมพ์ NP Press Limited Partnership.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ [ศจย]. (2565). บุหรี่ไฟฟ้าภัยซ่อนเร้นในสังคม. *วารสารก้าวหน้าวิจัยกับศจย*, 14(2), 1–40.
- เสาวลักษณ์ มะเหศวร, พรนภา หอมสินธุ์, และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ของนักศึกษาอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32(1), 29–44.
- อาภาพร แก้ววัฒนา, นฤมล เอื้อมณีกุล, และสุนีย์ ละกาปัน. (2561). *การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น: แนวคิดและการจัดการหลายระดับ*. บริษัทแดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตคอร์ปอเรชั่น.
- Butterworth, P., Slade, T., & Degenhardt, L. (2014). Factors associated with the timing and onset of cannabis use and cannabis use disorder: Results from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Drug and Alcohol Review*, 33(5), 555–564. <https://doi.org/10.1111/dar.12183>
- Chadi, N., Schroeder, R., Jensen, J. W., & Levy, S. (2019). Association between electronic cigarette use and marijuana use among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatric*, 173(10), e192574. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.2574>
- Chen, G., Rahman, S., & Lutfy, K. (2023). E-cigarettes may serve as a gateway to conventional cigarettes and other addictive drugs. *Advances in Drug and Alcohol Research*, 3, 11345. <https://doi.org/10.3389/adar.2023.11345>
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Academic.
- Cohn, A., Villanti, A., Richardson, A., Rath, J. M., Williams, V., Stanton, C., & Mermelstein, R. (2015). The association between alcohol, marijuana use, and new and emerging tobacco products

- in a young adult population. *Addictive Behaviors*, 48, 79–88.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.02.005>
- Conway, K. P., Green, V. R., Kasza, K. A., Silveira, M. L., Borek, N., Kimmel, H. L., Sargent, J. D., Stanton, C. A., Lambert, E., Hilmi, N., Reissig, C. J., Jackson, K. J., Tanski, S. E., Maklan, D., Hyland, A. J., & Compton, W. M. (2018). Co-occurrence of tobacco product use, substance use, and mental health problems among youth: Findings from wave 1 (2013-2014) of the population assessment of tobacco and health (PATH) study. *Addictive Behaviors*, 76, 208–217. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.08.009>
- Crews, F. T., Vetreno, R. P., Broadwater, M. A., & Robinson, D. L. (2016). Adolescent alcohol exposure persistently impacts adult neurobiology and behavior. *Pharmacological Reviews*, 68(4), 1074–1109. <https://doi.org/10.1124/pr.115.012138>
- Dai, H., Catley, D., Richter, K. P., Goggin, K., & Ellerbeck, E. F. (2018). Electronic cigarettes and future marijuana use: A longitudinal study. *Pediatrics*, 141(5), e20173787.
<https://doi.org/10.1542/peds.2017-3787>
- Fix, B. V., O'Connor, R. J., Vogl, L., Smith, D., Bansal-Travers, M., Conway, K. P., Ambrose, B., Yang, L., & Hyland, A. (2014). Patterns and correlates of polytobacco use in the United States over a decade: NSDUH 2002-2011. *Addictive Behaviors*, 39(4), 768–781.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.12.015>
- Haas, A. L., Wickham, R., Macia, K., Shields, M., Macher, R., & Schulte, T. (2015). Identifying classes of conjoint alcohol and marijuana use in entering freshmen. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(3), 620–626. <https://doi.org/10.1037/adb0000089>
- Hall, W. (2015). What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use?. *Addiction*, 110(1), 19–35.
<https://doi.org/10.1111/add.12703>
- Kahler, C. W., Spillane, N. S., & Metrik, J. (2010). Alcohol use and initial smoking lapses among heavy drinkers in smoking cessation treatment. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(7), 781–785.
<https://doi.org/10.1093/ntr/ntq083>
- McCabe, S. E., West, B. T., & McCabe, V. V. (2018). Associations between early onset of E-cigarette use and cigarette smoking and other substance use among US adolescents: A National study. *Nicotine & Tobacco Research*, 20(8), 923–930. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx231>
- Meier, M. H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R. S. E., McDonald, K., Ward, A., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS)*, 109(40), E2657-E2664.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1206820109>
- Midanik, L. T., Tam, T. W., & Weisner, C. (2007). Concurrent and simultaneous drug and alcohol use: Results of the 2000 National Alcohol Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 90(1), 72–80.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.02.024>
- Subbaraman, M. S., & Kerr, W. C. (2015). Simultaneous versus concurrent use of alcohol and cannabis in the National Alcohol Survey. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 39(5), 872–879. <https://doi.org/10.1111/acer.12698>

- Roche, D. J., Ray, L. A., Yardley, M. M., & King, A. C. (2016). Current insights into the mechanisms and development of treatments for heavy drinking cigarette smokers. *Current Addiction Reports*, 3(1), 125–137. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0081-3>
- Savigamin, C., Jitwimungsanon, J., Rattananupong, T., Sittipunt, C., & Sriprasart, T. (2021). Prevalence and risk factors of e-cigarette users in Thai college student. *Clinical Medicine Research*, 10(2), 47-52. <https://doi.org/10.11648/j.cmr.20211002.13>
- Terry-McElrath, Y. M., O'Malley, P. M., & Johnston, L. D. (2014). Alcohol and marijuana use patterns associated with unsafe driving among U.S. high school seniors: High use frequency, concurrent use, and simultaneous use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(3), 378–389. <https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.378>

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการใช้สื่อกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของนักศึกษาพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนล่าง

The relationship between social support, media use, and medical cannabis health
literacy among nursing students in the lower northern region of Thailand

จุฑานาถ จันทรดอ¹, เปรมิกา พลประสิทธิ์ภาพ¹, นิชาเรย์ ธาระตัน¹, พันธิตรา ทองสะอาด¹, อลิษา ปินใจ¹,
อังควิภา ชัยชนะ¹, อุ่มสิริ บัวเปีย¹, ดวงพร ปิยะคง², และ ณภัคฉลา ผลอนันต์^{2*}

Juthanat Jandok¹, Premika Pholprasitthipap¹, Nicharee Thanatan¹, Phanthitra Thongsaart¹,
Alicha Pinjai¹, Angkavipa Chaichana¹, Aumsiri Buapia¹, Duangporn Piyakong²,
Naphaklacha Pholanun^{2*}

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร¹

Nursing student, Faculty of Nursing, Naresuan University¹

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร²

Nursing educator, Faculty of Nursing, Naresuan University²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: naphaklachap@nu.ac.th

(Received: May 19, 2025; Revised: July 07, 2025; Accepted: September 10, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการใช้สื่อกับระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของนักศึกษาพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาภาคเหนือตอนล่าง จำนวน 376 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ แบบสอบถามการใช้สื่อเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.91, 1.0 และ 0.75 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90, 0.82 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .512$, $p\text{-value} < .001$) และการใช้สื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .429$, $p < .001$)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมและการใช้สื่อล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้น ควรมีการพัฒนากลยุทธ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประเด็นนี้ต่อไป

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม, การใช้สื่อ, ความรู้ด้านสุขภาพ, กัญชาทางการแพทย์, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This descriptive correlational study aimed to examine the level of health literacy regarding medical cannabis and the relationships between social support, media use, and health literacy among nursing students in the lower northern region of Thailand. The sample consisted of 376 nursing students from educational institutions in the region. Data were collected using three questionnaires: social support for medical cannabis, media use related to medical cannabis, and health literacy regarding medical cannabis. Content validity was verified by three experts, with content validity index (CVI) scores of 0.91, 1.00, and 0.75, respectively. The reliability coefficients were 0.90, 0.82, and 0.86, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, and Spearman's rank correlation coefficient.

The findings revealed that the overall level of health literacy regarding medical cannabis among participants was moderate. Social support showed a statistically significant positive correlation with health literacy ($r = .512, p < .001$), while media use also demonstrated a significant positive correlation ($r = .429, p < .001$).

These results suggest that both social support and media use are important factors influencing nursing students' health literacy concerning medical cannabis. It is recommended that strategies be developed to enhance health literacy in this area.

Keywords: Social support, Media usage, Health literacy, Medical cannabis, Nursing students

บทนำ

กัญชาเป็นพืชที่เป็นที่รู้จักเป็นอย่างดีทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เป็นพืชที่มีทั้งข้อดีและข้อเสีย โดยข้อเสียของกัญชาคือเป็นพืชที่มีสารเสพติด ถ้าใช้ในปริมาณสูงจะทำให้เกิดการเสพติดได้ อย่างไรก็ตามพบว่ากัญชามีข้อดีหลายประการโดยเฉพาะมีสรรพคุณทางยา ได้แก่ ช่วยทำให้ผ่อนคลาย เพิ่มความอยากอาหาร และบรรเทาอาการปวด (กรมการแพทย์, 2562) ด้วยเหตุนี้ กัญชาจึงถูกนำมาใช้เป็นยาในทางการแพทย์อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ในหลายประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยกัญชาถือเป็นสารเสพติดและผิดกฎหมาย แต่ปีพ.ศ.2562 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษฉบับที่ 7 (2562) ประกาศให้กัญชาสามารถนำมาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้ แต่ต้องได้รับอนุญาต ต่อมาประกาศกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2565 อนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องสามารถใช้กัญชาในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ ไม่เกิน 30 วัน โดยไม่ต้องขออนุญาต (กรมการแพทย์, 2565) ทำให้ได้รับความสนใจจากบุคลากรสุขภาพและประชาชนอย่างมาก ส่งผลให้มีการนำกัญชามาใช้ในการแพทย์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพร่างกายมากถึง ร้อยละ 87.96 และปัญหาด้านจิตใจร้อยละ 12.04 (เอกพงษ์ อุไรวงศ์, 2565) โดยใช้กับผู้ป่วยมะเร็งมากที่สุด รองลงมาคือโรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคจิตประสาท และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เก๊าท์ และไขมันในเลือดสูง เป็นต้น (Assanangkornchai, Thaikla, Talek, & Saingam, 2022)

ถึงแม้ว่าการอนุญาตให้ใช้กัญชาจะส่งผลดีทางการแพทย์ แต่อาจส่งผลกระทบทางลบทางสุขภาพต่อผู้ใช้จากการใช้ผิดวิธีหรือใช้ในปริมาณที่มากเกินไป เช่น คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง กล้ามเนื้ออ่อนแรง มือสั่น เหงื่อออก ใจสั่น วิตกกังวล ต่อมามีการนำกัญชามาใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ เช่น ใช้เพื่อเพิ่มความอยากอาหาร หรือใช้เพื่อคลายเครียด (กรมการแพทย์, 2565) นอกจากนี้ยังพบว่ากัญชาอาจมีผลเสียต่อสุขภาพเพียงเล็กน้อย (สวทรี อัจฉนากรชัย และคณะ, 2564) และพบว่าผู้ใช้กัญชามีพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่ถูกต้อง เช่น ใช้กัญชาเองโดยไม่มีแผนการรักษา และใช้กัญชาโดยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

(อิรวดี อุนยะพันธุ์ และพิพัฒน์ นนทนาธรณ์, 2564; ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด, 2565) จึงส่งผลให้เกิดปัญหาความจำลดลง (ร้อยละ 10) และเกิดประสาทหลอนอย่างถาวร (ร้อยละ 20) (ธีระ วรธนารัตน์, 2563) ถ้ามีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง เข้าถึงข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดปัญหาในการใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิภาพและเกิดผลเสียต่อสุขภาพได้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) ได้กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคม และเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลที่ได้รับเพื่อการส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการพฤติกรรมที่ดี เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพดี (World Health Organization, 1998) ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ (Sorensen et al., 2012) บุคคลที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ประเมินข้อมูลสุขภาพ และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้ ถือว่าบุคคลนั้นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Sorensen et al., 2012) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคคลเพื่อให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น (วัชรพร เขยสุวรรณ, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สื่อเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะสื่อสุขภาพ โดยสื่อมีหลายรูปแบบ เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร วิทยุ โทรทัศน์ และระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (อานนท์ สังขะพงษ์, 2561) ถ้าบุคคลสามารถรับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ได้ถูกต้องจากสื่อที่เหมาะสม และนำข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์ความหมาย และประเมินค่าของข้อมูลที่ได้จากสื่อที่น่าเชื่อถือ จะทำให้บุคคลนั้นสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Manganello, 2008) จากทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้สื่อด้านสุขภาพที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Denuwara & Gunawardena, 2017) อย่างไรก็ตาม ถ้าสื่อนั้นให้ข้อมูลผิดอาจทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ผิด และไม่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2024)

นอกจากนี้ ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ถ้าบุคคลได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การยกย่อง การให้ความรักความผูกพัน ความเอาใจใส่ ฯลฯ หรือสิ่งของ เช่น อินเทอร์เน็ต หนังสือ ฯลฯ ด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ฯลฯ หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับในการประเมินตนเอง เป็นต้น อาจทำให้บุคคลผู้นั้นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องนั้นๆ เพิ่มขึ้น ดังการศึกษาของ ศิริรัตน์ สอนเทศ และคณะ (2564) การศึกษาของ ทรรศนีย์ บุญมัน (2564) และการศึกษาของ อานนท์ สังขะพงษ์ (2561) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น ถ้านักศึกษาพยาบาลได้รับการสนับสนุนเพื่อใช้ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของปัญหาทางการแพทย์ คาดว่านักศึกษาพยาบาลจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการผลักดันนโยบายปัญหาทางการแพทย์อย่างกว้างขวาง แต่ปัญหาทางการแพทย์ถือเป็นยาประเภทยาใหม่ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์อย่างถูกต้องเหมาะสม มาใช้วิเคราะห์ ประเมิน และตัดสินใจในการดูแลผู้รับบริการที่ต้องใช้ยาทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ใช้ยาใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย นักศึกษาพยาบาลซึ่งจะเป็นพยาบาลในอนาคตที่ต้องดูแลรักษาพยาบาลประชาชนทุกช่วงวัย หากมีความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทางการแพทย์จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ แต่เนื่องจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในปัจจุบันไม่ได้มีการบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ จึงไม่มีการจัดการเรียนการสอนเนื้อหาให้กับนักศึกษา นักศึกษาจึงไม่ได้รับความรู้โดยตรงจากการเรียน อย่างไรก็ตาม นักศึกษาพยาบาลอาจต้องเจอผู้รับบริการที่ใช้ยาทางการแพทย์ในขณะที่ยังเป็นนักศึกษา ซึ่งนักศึกษาต้องพัฒนาความรู้ความเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์จากสื่อต่างๆ หรือการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน อาจารย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการประเมินและใช้ข้อมูลสู่การตัดสินใจในการวางแผนและดูแลผู้รับบริการที่ใช้ยาทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แต่เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาในนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการใช้สื่อกับ

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ของนักศึกษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ในนักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

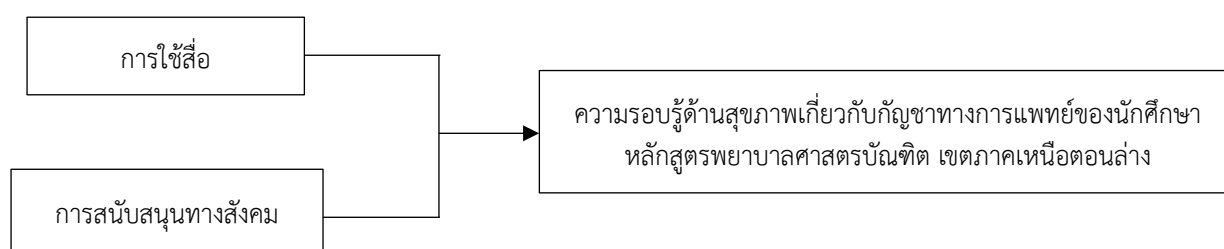
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ของนักศึกษาพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนล่าง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ของนักศึกษาพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนล่าง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อีสื่อกับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ของนักศึกษาพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนล่าง

สมมติฐาน

การใช้อีสื่อและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ของนักศึกษาพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนล่าง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของโซเรนเซน และคณะ (Sorensen, et al., 2012) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) และแนวคิดการใช้อีสื่อเป็นกรอบการวิจัย โดยความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ถ้านักศึกษาพยาบาลสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ได้ดี และเข้าใจข้อมูล จะสามารถประเมินข้อมูลและประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ได้ในระดับมาก นอกจากนี้ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การสนับสนุนทางอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับอาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ปัญหาทางการแพทย์ได้ และการใช้อีสื่อซึ่งเป็นตัวกลางสำหรับถ่ายทอดและนำข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ทั้งที่เป็นสื่อสิ่งพิมพ์และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ถ้านักศึกษาพยาบาลสามารถใช้อีสื่อได้อย่างดีจะสามารถทำให้มีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research design) เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการใช้อีสื่อเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเขตภาคเหนือตอนล่าง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 ถึง เดือนมิถุนายน 2566 ณ มหาวิทยาลัยในเขตภาคเหนือตอนล่างที่มีคณะพยาบาลศาสตร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 – 4 ที่ลงทะเบียนในปีการศึกษา 2565 จากสถาบันการศึกษาในเขตภาคเหนือตอนล่าง มีจำนวน 2,319 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 - 4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนล่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) (Yamane, 1973) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 341 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง จึงเพิ่มอีกร้อยละ 10 ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้นเท่ากับ 376 คน เลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 เลือกสถาบันการศึกษา 2 สถาบันจาก 5 สถาบันการศึกษาโดยการสุ่มแบบง่าย ขั้นตอนที่ 2 เลือกขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณตามสัดส่วนของแต่ละสถาบันการศึกษา จาก 2 สถาบันการศึกษาอย่างละเท่า ๆ กัน ได้แก่ สถาบันการศึกษาที่ 1 จำนวนประชากรทั้งหมด 463 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 179 คน สถาบันการศึกษาที่ 2 จำนวนประชากรทั้งหมด 509 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 197 คน ขั้นตอนที่ 3 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากสถาบันการศึกษาทั้งสองแห่ง โดยสมาชิกของกลุ่มประชากรทุกระดับชั้นมีโอกาสเท่า ๆ กัน และเป็นอิสระต่อกัน

เกณฑ์คัดเข้า

1. นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2565
2. ยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจและมีการลงนามเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์

เกณฑ์คัดออก

1. นักศึกษาพยาบาลต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย
2. ระหว่างการดำเนินการมีเหตุจำเป็นไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ตามเวลาที่กำหนด
3. มีภาวะเจ็บป่วยกะทันหันไม่สามารถให้ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ได้
4. พักการศึกษาระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือพ้นสภาพการเป็นนักศึกษาพยาบาลในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางการแพทย์ การใช้สื่อ การสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เครื่องมือเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา และสถาบันที่กำลังศึกษา รวม 4 ข้อ คำถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ ลักษณะของแบบสอบถามนี้เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 คะแนน โดย 1 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์น้อยที่สุดหรือไม่มีเลย ไปจนถึง 5 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์มากที่สุด มีจำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ การแปลผลใช้เกณฑ์กำหนดให้มีอันตรายภาคขึ้นเท่ากัน คือ 0.8 ดังนี้ 4.21 - 5.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด คะแนน 3.41 - 4.20 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก คะแนน 2.61 - 3.40 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง คะแนน 1.81 - 2.60 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย และ 1.00 - 1.80 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย

3. แบบสอบถามการใช้สื่อเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ มีจำนวนทั้งหมด 4 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามนี้เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 คะแนน โดย 1 หมายถึง ไม่มีการใช้สื่อเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์เลย ไปจนถึง 5 หมายถึง มีการใช้สื่อเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์เป็นประจำสม่ำเสมอ (มากกว่า 10 ครั้งต่อเดือน) การแปลผลใช้เกณฑ์กำหนดให้มีอันตรายภาคขึ้นเท่ากัน คือ 0.8 ดังนี้ 4.21 - 5.00 คะแนน หมายถึง มีการใช้สื่อระดับมากที่สุด 3.41 - 4.20 คะแนน หมายถึง มีการใช้สื่อในระดับมาก 2.61 - 3.40 คะแนน หมายถึง มีการใช้สื่อในระดับ

ปานกลาง 1.81 – 2.60 คะแนน หมายถึง มีการใช้สื่อในระดับน้อย และ 1.00 - 1.80 คะแนน หมายถึง มีการใช้สื่อในระดับน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย

4. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ ภาณุชนาถ อ่อนไกล และกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ (2563) ลักษณะแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ เป็นแบบให้เลือกตอบแบบใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 14 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-14 คะแนน มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน และ 2) การเข้าถึงข้อมูล การประเมินข้อมูลและการประยุกต์ใช้ข้อมูล จำนวน 9 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 9 – 45 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง มีการเข้าถึงข้อมูล การประเมินข้อมูลและการประยุกต์ใช้ข้อมูลระดับยากมาก ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง มีการเข้าถึงข้อมูล การประเมินข้อมูลและการประยุกต์ใช้ข้อมูลระดับง่ายมาก โดยคะแนนรวมของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ระหว่าง 9- 59 คะแนน แบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ โดยรวมเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (48.01-59.00 คะแนน) หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ระดับสูง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (38.01-48.00 คะแนน) หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (9.00-38.00 คะแนน) หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ระดับต่ำ

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ แบบสอบถามการใช้สื่อเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณา ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.91, 1.0 และ 0.75 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบสอบถามไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์มาหาค่า KR-20 ส่วนแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ แบบสอบถามการใช้สื่อเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ด้านการเข้าถึงข้อมูล นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.90 0.82 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในการทำวิจัยจากสถาบันที่ศึกษาในครั้งนี้ และได้รับอนุญาตจากผู้บริหารสถาบัน คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยติดต่อหัวหน้าชั้นปีทุกชั้นปี และส่งแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ผ่านทาง Google form โดยทำเป็นคิวอาร์โค้ดของแบบสอบถาม และส่งคิวอาร์โค้ดผ่านทางแอปพลิเคชัน line ของชั้นปี ให้ผู้ยินยอมเข้าร่วมวิจัยสแกนคิวอาร์โค้ดตอบแบบสอบถาม เมื่อผู้วิจัยได้รับการตอบกลับของแบบสอบถาม จึงรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจนครบจำนวน 376 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้วิจัยปิดการรับการตอบกลับของแบบสอบถามและนำแบบสอบถามไปดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การใช้สื่อ การสนับสนุนทางสังคม และระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม และการใช้สื่อ กับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยทดสอบการแจกแจงของข้อมูลทั้งสองตัวแปรด้วย Kolmogorov-Smirnov พบว่า มีการแจกแจงไม่ปกติ จึงเลือกใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ในการทดสอบความสัมพันธ์

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA No. 039/2023 รับรองวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566 คณะผู้วิจัยขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยในรูปแบบของ Google form ทางออนไลน์ในกลุ่มตัวอย่างที่แสดงความยินยอมให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ โดยบอกวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใส่รหัส ไม่ได้ระบุชื่อและนามสกุลที่บ่งบอกตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม และข้อมูลจะถูกเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีการป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยใช้รหัส ซึ่งทีมผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นระยะเวลา 2 ปี หลังจากนั้นจะทำลาย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.6) มีอายุอยู่ระหว่าง 20-22 ปี (ร้อยละ 77.4) และกำลังศึกษาชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 39.1) ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนล่าง (n=376)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n=376)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	7.4
หญิง	348	92.6
อายุ		
17 – 19 ปี	74	19.7
20 – 22 ปี	291	77.4
23 – 25 ปี	11	2.9
ชั้นปี		
ชั้นปี 1	88	23.4
ชั้นปี 2	147	39.1
ชั้นปี 3	99	26.3
ชั้นปี 4	42	11.2
สถาบันการศึกษา		
สถาบันการศึกษาแห่งที่ 1	179	47.61
สถาบันการศึกษาแห่งที่ 2	197	52.39

2. การสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 3.58 (คะแนนเต็ม 5.0) ซึ่งอยู่ในระดับมากและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.86 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 3.42 – 3.69 ซึ่งอยู่ระดับมาก โดยมีข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์จากบุคลากรทางการแพทย์และ/หรือบุคคลใกล้ชิด เท่ากับ 3.69 (S.D. = 0.96) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ได้รับคำยกย่องชมเชยจากบุคคลใกล้ชิด เท่ากับ 3.42 (S.D. = 1.07) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายข้อ (n = 376)

การสนับสนุนทางสังคม	Mean	S.D.	ระดับ
1. ได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด	3.64	1.084	มาก
2. ได้รับคำยกย่องชมเชยจากบุคคลใกล้ชิด	3.42	1.068	มาก
3. ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์จาก...	3.69	0.965	มาก
4. ได้รับความช่วยเหลือ/สนับสนุนจาก.....	3.58	0.998	มาก
5. สมาชิกในครอบครัวของท่านพร้อมให้การสนับสนุน.....	3.51	1.115	มาก
6. บุคลากรทางการแพทย์และ/หรือบุคคลใกล้ชิดยอมรับ.....	3.63	0.941	มาก
7. ได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด	3.63	1.020	มาก
รวม	3.58	0.86	มาก

3. การใช้สื่อของนักศึกษาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการใช้สื่อโดยรวมเท่ากับ 3.50 อยู่ในระดับมาก และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.89 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การใช้สื่อออนไลน์ มีคะแนนเท่ากับ 3.89 (S.D. = 0.96) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การใช้สื่อจากสิ่งพิมพ์ทั้งวิชาการหรือไม่ใช่วิชาการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 (S.D. = 1.06) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการใช้สื่อของกลุ่มตัวอย่าง (n = 376)

การใช้สื่อ	Mean	S.D.	ระดับ
1. จากสื่อสิ่งพิมพ์เชิงวิชาการ	3.38	1.028	ปานกลาง
2. จากสื่อสิ่งพิมพ์ทั้งวิชาการหรือไม่ใช่วิชาการ	3.34	1.059	ปานกลาง
3. จากวิทยุ โทรทัศน์ และ/หรือภาพยนตร์	3.39	1.070	ปานกลาง
4. จากสื่อออนไลน์	3.89	0.961	มาก
รวม	3.50	0.89	มาก

4. ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ของนักศึกษาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.1 และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์เฉลี่ย เท่ากับ 45.78 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.50 ดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ (n = 376)

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (49-59 คะแนน)	126	33.5
ระดับปานกลาง (39-48 คะแนน)	192	51.1
ระดับต่ำ (9-38 คะแนน)	58	15.4
Mean = 45.78, S.D. = 6.50		

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การใช้สื่อ กับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์

กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.512, p\text{-value} < 0.001$) และการใช้สื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.429, p\text{-value} < 0.001$) ดังตาราง 5

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และ การใช้สื่อ กับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 376$)

ตัวแปร	ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	$p\text{-value}$
การสนับสนุนทางสังคม	.512**	< .001
การใช้สื่อ	.429**	< .001

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 45.78 (S.D. = 6.50) อาจเนื่องมาจากปัญหาทางการแพทย์เป็นเรื่องที่ใหม่ เพราะประกาศกระทรวงสาธารณสุขปี 2562 เริ่มอนุญาตให้มีการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้ภายใต้คำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ และประกาศกระทรวงสาธารณสุขปี 2565 ส่งเสริมให้ใช้กัญชาทางการแพทย์จากบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรม นักศึกษาพยาบาลซึ่งจะเป็นบุคลากรทางสุขภาพในอนาคตที่มีส่วนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ให้ถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ หรือให้คำแนะนำประชาชนในการใช้กัญชาอย่างถูกต้อง รวมทั้งการประเมินและตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชาอย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่มีจัดการเรียนการสอนเนื้อหาเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ให้นักศึกษาพยาบาล เนื่องจากยังไม่มีกรอบเรื่องกัญชาทางการแพทย์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จึงอาจส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลต้องแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง ทำให้มีความรู้ความเข้าใจและเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ผ่านวิธีอื่น ๆ ที่ไม่เหมือนกันขึ้นกับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลของแต่ละคน จึงส่งผลต่อการเข้าใจ ตลอดจนการประเมินและการประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์แต่ละคนไม่เท่ากัน จึงอาจส่งผลให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของภานุชนาถ อ่อนไกล และกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ (2563) ที่ศึกษาเรื่องความรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษพบว่า ในภาพรวมส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาขัดแย้งกับการศึกษาของศิริลักษณ์ อัครพิน และคณะ (2562) ที่พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้กัญชาในการแพทย์ในระดับน้อย โดย Sorensen et al. (2012) กล่าวว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อการตัดสินใจเรื่องสุขภาพของตนเองและผู้อื่นทั้งการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ หากนักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึง การประเมินและการประยุกต์ใช้ข้อมูล และข้อดีและข้อเสียหรือผลข้างเคียงของกัญชาที่มากพอ จะสามารถให้คำปรึกษาชี้แนะ ให้คำแนะนำในเรื่องกัญชาทางการแพทย์แก่ผู้อื่น ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อไม่เกิดความเข้าใจผิดในทางนำไปใช้ หรือการค้า หรือรูปแบบที่ทำให้เกิดโทษต่อร่างกายได้

2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.512$, $p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ สอนเทศ และคณะ (2564) วรรณีย์ บุญมั่น (2564) และอานนท์ สังฆะพงษ์ (2561) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับ Nutbeam (2000) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาจเนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งกลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการ เช่น ครอบครัว เพื่อน และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือทีมสุขภาพ สามารถให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ด้วยการแนะนำหรือการพูดคุย การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ เช่น บิตามารดาให้เงินซื้อคอมพิวเตอร์ ซึ่งช่วยในการค้นคว้าหาข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ รวมไปถึงอินเทอร์เน็ต หนังสือ เพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งงานวิจัยนี้มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 (S.D. = 0.86) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นตัวแปรสำคัญตัวแปรหนึ่งที่ช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ตลอดจนประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ จนนำไปสู่การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3. การใช้สื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.429$, $p\text{-value} < 0.001$) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในช่วงวัยที่มีการใช้สื่อบ่อยครั้ง ซึ่งสื่อถือเป็นตัวกลางสำคัญที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าข้อมูลต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ เป็นต้น และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น Facebook, Instagram, Line, Twitter, E-book, Web board เป็นต้น ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าสื่อออนไลน์เป็นสื่อที่นักศึกษาพยาบาลนิยมเลือกใช้สำหรับศึกษาค้นคว้า และรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ มากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 (S.D. = 0.96) เนื่องจากเป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว เข้าถึงได้ตลอดเวลาและเป็นการสื่อสารในวงกว้าง ทำให้บุคคลสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ได้รวดเร็ว (กัญชลิตา ตันเจริญ, 2563) นอกจากนี้คะแนนการใช้สื่อโดยรวมอยู่ระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.50 (S.D. = 0.89) ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ทุกช่องทางทั้งที่เป็นสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อออนไลน์ การเข้าถึงข้อมูลที่ง่าย จึงทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์มากขึ้น ส่งผลให้นักศึกษาสามารถประเมินและประยุกต์ใช้ข้อมูล และข้อดีข้อเสียของกัญชาทางการแพทย์ได้ ก่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น การใช้สื่อจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เดนุวาระ และ กุณวัตรเทนะ (Denuwara & Gunawardena, 2017) พบว่า การใช้สื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. เนื่องจากมีกฎหมายและนโยบายเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์กับผู้ป่วย ดังนั้นผู้บริหารสถาบัน และผู้รับผิดชอบหลักสูตร ควรพัฒนาหลักสูตรด้วยการทบทวนและเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์กับบทบาทพยาบาลในหลักสูตรเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาทางการแพทย์

2. ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ดังนั้น สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ควรสนับสนุน เช่น อาจกำหนดนโยบายการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ให้นักศึกษาผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น เพิ่มเป็นเนื้อหาในรายวิชาเภสัชวิทยา และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ด้วยรูปแบบต่างๆ ที่จะพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้กับนักศึกษาพยาบาลได้ในระดับสูงขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในนักศึกษาพยาบาลในเขตภูมิภาคอื่น และหลักสูตรอื่น เช่น นักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ เนื่องจากเป็นเรื่องที่บุคลากรที่อยู่ในสายสุขภาพมีความรอบรู้ ผลการวิจัยที่ได้จะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความครอบคลุมกว้างขวางมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ทราบระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของนักศึกษาพยาบาลที่แท้จริง

2. ควรศึกษาอำนาจทำนายปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมและการใช้สื่อต่อความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ หรือการศึกษาวิจัยถึงทดลองหรือทดลองเกี่ยวกับผลของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ หรือศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากบุคคลที่เกี่ยวข้องในการใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อสร้างองค์ความรู้จากการใช้กัญชาทางการแพทย์และสร้างมาตรฐานหรือแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือระบบบริการกัญชาทางการแพทย์ (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). (พิมพ์ครั้งที่ 1). http://uboncancer.go.th/ubcc2016v2/docsfiles/cannabis-serviceguide.pdf?fbclid=IwAR0RcL3XILjBD_uIWCTLX7WXQz_y2deP9i1UOOGD70HnjgiRHWzZ5yHJtjw.
- กรมการแพทย์. (2565). คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ ฉบับปรับปรุงที่ 5 (2565). (พิมพ์ครั้งที่ 5). https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/25651122182642PM_Guidance%20Updated%20V5_update%2029092022_edited2.pdf.
- กัญชิลิตา ตันเจริญ. (2563). พฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์และรูปแบบการนำเสนอข้อมูลสถานที่ท่องเที่ยวที่มีต่อการตัดสินใจ ท่องเที่ยวประเทศไทยโดยการติดตามแผนเพจ *Unseen Tour Thailand* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ). Srinakharinwirot University Institutional Repository. <http://ir-ithesis.swu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/834/1/gs581130093.Pdf>
- ทรงศนีย์ บุญมัน. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิ์ศิริ, และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*, 3(6), 67-85.
- ธีระ วรณารัตน์ (2563). กรณีศึกษานโยบายกัญชาทางการแพทย์: สถานการณ์ ผลกระทบ แนวทางจัดการ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย. <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/75298>
- พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562. เล่ม 136 ตอนที่ 19 ก. ราชกิจจานุเบกษา วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562.
- ภาณุชนาถ อ่อนไกล และกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์. (2563). ความรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 28-38.
- ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และโชติดา ภาวสุทธิพิศฐ. (2561). ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(1), 71-91.
- วัชรพร เชยสุวรรณ. (2560). ความรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทยนาวิ*, 44(3), 183-197.
- ศิริรัตน์ สอนเทศ, นันทพร แสนศิริพันธ์, และจิราวรรณ ดีเหลือ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา. *พยาบาลสาร*, 48(4), 217-229.
- ศิริลักษณ์ อัครพิน, กรรณก เสาร์แดน, ลลดา ทองจำนงค์, และญาติาวี เช็นเขาวนิช. (2562). ความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ต่อการใช้กัญชาในทางการแพทย์. ใน *นุชงค์ เสนานุช (บ.ก.), สังคม*

- สงเคราะห์และสวัสดิการสังคม: การปลดล็อกความเหลื่อมล้ำสู่ความยั่งยืน (น. 211-222). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด. (2565). ผลการศึกษา-ติดตามสถานการณ์การใช้และการให้บริการกัญชาทางการแพทย์. Healthserv. <https://shorturl.asia/s7m6V>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2024). สวรส-มอ.เสนอผลวิจัย 'กัญชากับผลกระทบทางสังคมและสุขภาพ' เพื่อทบทวนมาตรการบนเป้าหมายประโยชน์ทางการแพทย์ และความปลอดภัยของประชาชน. <https://www.hsri.or.th/news/1/4230>
- สาวตรี อังณางค์กรชัย, กนิษฐา ไทยกล้า, มุฮัมมัดฟาห์มีตา, สุชาดา ภัยหลีกถี้, ศยามล เจริญรัตน์ และดาริกา ไสงาม. (2564). การศึกษาสถานการณ์การใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อิรวดี อุนยะพันธุ์ และพิพัฒน์ นนทนาธรณ์. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติต่อการใช้กัญชาของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมนักวิจัย, 26(2), 87-101.
- อานนท์ สังฆพงษ์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยบูรพา
- เอกพงษ์ อุไรวงศ์. (2565). การใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้มีปัญหาสุขภาพเพื่อการรักษาโรค: กรณีศึกษาจังหวัดชุมพร. วารสารอาหารและยา, 29(1), 31-41.
- Assanangkornchai, S., Thaikla, K., Talek, M., & Saingam, D. (2022). Medical cannabis use in Thailand after its legalization: a respondent-driven sample survey. *PeerJ*, 10, e12809. <https://doi.org/10.7717/peerj.12809>
- Backes, M. (2020). Cannabis Pharmacy. Arrow.
- Bloom, B. S. J. (1971). *Taxonomy of Education Objective, HandBook 1: CognitiveDomain*. David Mokey
- Denuwara, H. & Gunawardena, N. (2017). Level of health literacy and factors associated with it among school teachers in an education zone in Colombo, Sri Lanka. *BMC Public Health*, 17(1), 1-9.
- House, J. S. (1981). *The Nature of Social Support in M.A. Reading (Ed.), Work Stress and Social Support*. Addison-Wesley.
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Healthy Education Research*, 23(5), 840-847.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into 21 Century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Sorensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and investigation of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80).
- Whiting, P. F., Wolff, R. F., Deshpande, S., Di Nisio, M., Duffy, S., Hernandez, A. V., Keurentjes, J. C., Lang, S., Misso, K., Ryder, S., Schmidtkofer, S., Westwood, M., & Kleijnen, J. (2015). Cannabinoids for medical use: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 313(24), 2456-2473. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.6358>
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, World Health Organization. Geneva, 1-10.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. 3rd ed. Harper and Row.

ลักษณะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดนัดของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

Characteristics of patients with hypertension and factors associated with missed appointments among hypertensive patients receiving services at Ban Tak Hospital, Tak Province

พวงพยอม หมี่โชติ¹, มงคล สุริเมือง^{2*}

Puangpayom Meechot¹, Mongkol Surimuang^{2*}

โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก^{2*}

Ban Tak Hospital, Tak Province¹

Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute^{2*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: surimongkol@gmail.com

(Received: May 19, 2025; Revised: July 07, 2025; Accepted: October 20, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัด และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดนัดในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย 780 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567 ด้วยเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมผ่านการตรวจสอบคุณภาพได้ค่าความเที่ยงและค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยขาดนัดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.6 ค่ามัธยฐานอายุ 60 ปี ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติและสัมพันธ์กับการขาดนัด ได้แก่ ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา ($aOR = 10.01$, $p-value = 0.004$) ผู้ป่วยที่อาศัยในตำบลแม่สลิ (aOR = 2.70, $p-value = 0.008$) ผู้ที่มีระยะเวลาป่วยมากกว่า 5 ปี ($aOR = 6.68$, $p-value < 0.001$) มีโรคร่วมเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($aOR = 4.58$, $p-value = 0.026$) สูบบุหรี่ ($aOR = 2.96$, $p-value = 0.016$) และดื่มแอลกอฮอล์ ($aOR = 2.32$, $p-value = 0.041$) ส่วนปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสการขาดนัด ได้แก่ อายุมากขึ้นทุก 1 ปี โอกาสขาดนัดลดลง 0.97 เท่า ($aOR = 0.97$, $p-value = 0.033$) การศึกษาระดับปริญญา ($aOR = 0.13$, $p-value = 0.002$) มีโรคไขมันในหลอดเลือดสูง ($aOR = 0.08$, $p-value = 0.048$) และได้รับการรักษาด้วยยา Atenolol ($aOR = 0.14$, $p-value = 0.003$)

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ สุขภาพ และพฤติกรรมมีส่วนสำคัญต่อการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาระบบนัดหมายที่ยืดหยุ่น การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของพฤติกรรมเสี่ยง และการสนับสนุนด้านสังคมและเศรษฐกิจเพื่อลดอัตราการขาดนัด

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูง, การขาดนัด, ปัจจัยเสี่ยง, การควบคุมความดันโลหิต

Abstract

This retrospective descriptive study aimed to examine the characteristics of hypertensive patients who missed their appointments and to analyze the factors associated with missed appointments at Ban Tak Hospital, Tak Province. Data were collected from 780 patients between October 2023 and September 2024 using a research instrument developed by the researcher based on a literature review. The instrument's content validity and reliability were both confirmed with coefficients of 1.00. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression to identify factors associated with missed appointments.

The results showed that most patients who missed their appointments were male (54.6%), with a median age of 60 years. Significant factors associated with missed appointments included having no formal education (aOR = 10.01, *p*-value = 0.004), residing in Mae Salit Subdistrict (aOR = 2.70, *p*-value = 0.008), having a disease duration of more than five years (aOR = 6.68, *p*-value < 0.001), having a comorbidity of stroke (aOR = 4.58, *p*-value = 0.026), smoking (aOR = 2.96, *p*-value = 0.016), and alcohol consumption (aOR = 2.32, *p*-value = 0.041). Factors that reduced the likelihood of missed appointments included older age (each additional year decreased the odds by 0.97; aOR = 0.97, *p*-value = 0.033), having a university-level education (aOR = 0.13, *p*-value = 0.002), having hyperlipidemia (aOR = 0.08, *p*-value = 0.048), and being treated with Atenolol (aOR = 0.14, *p*-value = 0.003).

This study highlights that demographic, health-related, and behavioral factors play crucial roles in missed appointments among hypertensive patients. It is recommended that flexible appointment systems, education on the consequences of risky behaviors, and strengthened social and economic support be implemented to reduce missed appointment rates.

Keywords: hypertension, missed appointments, risk factors, blood pressure control

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มโอกาสในการเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต และส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ร้อยละ 75 ทั่วโลก (Mills et al., 2020). จากประชากรโลกประมาณ 7.7 พันล้านคน ในปี 2020 มีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.4 พันล้านคน ซึ่งในจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนั้น มีเพียงประมาณร้อยละ 14 หรือประมาณ 1 ใน 7 คน เท่านั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้สำเร็จ (World Health Organization, 2022) ในประเทศไทย พบอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูงยังคงเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 จาก 13.07 ต่อแสนเป็น 14.48 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2564 โดยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองที่ 33.54 และ 55.53 ต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ 2565 อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงคือ 1160.44 ต่อแสนประชากร และเพิ่มขึ้นไปเป็น 1243.07 ต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ 2566 (Department of Disease Control, 2023) ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2563 โดย สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่าร้อยละของผู้ที่เป็น ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ มีสัดส่วนลดลงจากปีที่สำรวจครั้งที่ 5 เมื่อปี พ.ศ. 2557 จากร้อยละ 29.7 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 22.6 ในปี พ.ศ. 2563 สวนทางกับผู้ที่เป้นความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมไม่ได้ พบว่าร้อยละของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมไม่ได้ ตามเกณฑ์ (< 140/90 มิลลิเมตรปรอท) ในการสำรวจครั้งที่ 5 เมื่อปี พ.ศ. 2557 คือ ร้อยละ 19.5 เพิ่มเป็นร้อยละ 25 ในการสำรวจครั้งที่ 6 เมื่อปี พ.ศ. 2563 (Department of Disease Control, 2020)

อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในอำเภอบ้านตาก โดยในปี พ.ศ. 2563-2566 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 1523.77, 1388.98, 1487.02 และ 2057.23 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และยังพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้คิดเป็นร้อยละ 52.52, 57.47, 56.26 และ 58.28 ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2024) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์พบจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 60 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่แรงดันของเลือดในหลอดเลือดแดงสูงกว่าระดับปกติอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วไปจะวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่อค่าความดันโลหิตอยู่ที่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่าในการวัดอย่างน้อย 2 ครั้งในเวลาต่างกัน (McCarthy et al., 2025; Vidal-Petiot, 2022) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่รู้ตัวว่าเป็นโรค เพราะมักจะไม่มีอาการชัดเจนในระยะแรก อาการที่อาจพบในโรคนี้ ได้แก่ ปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักมีปัจจัยเสี่ยงร่วม เช่น อายุที่มากขึ้น พันธุกรรม น้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วน การรับประทานอาหารเค็มจัด ขาดการออกกำลังกาย ดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ ในผลกระทบระยะยาวหากไม่ได้รับการรักษา อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย และจอประสาทตาเสื่อม (McCarthy et al., 2025)

การขาดนัดเพื่อรักษาต่อเนื่องเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจนำไปสู่ผลกระทบที่รุนแรง เช่น การไม่ได้รับยา การรับประทานยาไม่ถูกต้อง และการพลาดคำแนะนำจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ การขาดนัดหมายของผู้ป่วยยังอาจนำไปสู่ช่องว่างในการดูแล ส่งผลให้ความดันโลหิตไม่สามารถควบคุมได้และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน (Appel et al., 2019) ผู้ป่วยที่พลาดการนัดหมายมีความเสี่ยงสูงที่จะมีความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมได้และมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น จากการศึกษาหลายฉบับพบว่าปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการขาดนัดของผู้ป่วย ได้แก่ 1) การรับรู้เกี่ยวกับโรคและอาการ ผู้ป่วยที่ไม่รู้ถึงอาการผิดปกติหรือไม่เข้าใจถึงความรุนแรงของโรค มักมีแนวโน้มที่จะขาดนัดเนื่องจากไม่เห็นความจำเป็นในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Das et al., 2021) 2) ระยะทางและการเข้าถึงบริการสุขภาพ 3) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ สถานะทางเศรษฐกิจที่ยากจน การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว หรือภาระหน้าที่ในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ตามนัด 4) ความรู้และทัศนคติด้านสุขภาพ และ 5) ประสิทธิภาพไม่ดีจากการรักษา ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์จากผลข้างเคียงจากยา หรือการสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจและนำไปสู่การขาดนัด (เชม พามิตินนท์ และคณะ, 2564; นฤมล สบายสุข และ ลำพรณ แสนบั้ง, 2566; นลินี หนูห่วง, 2566)

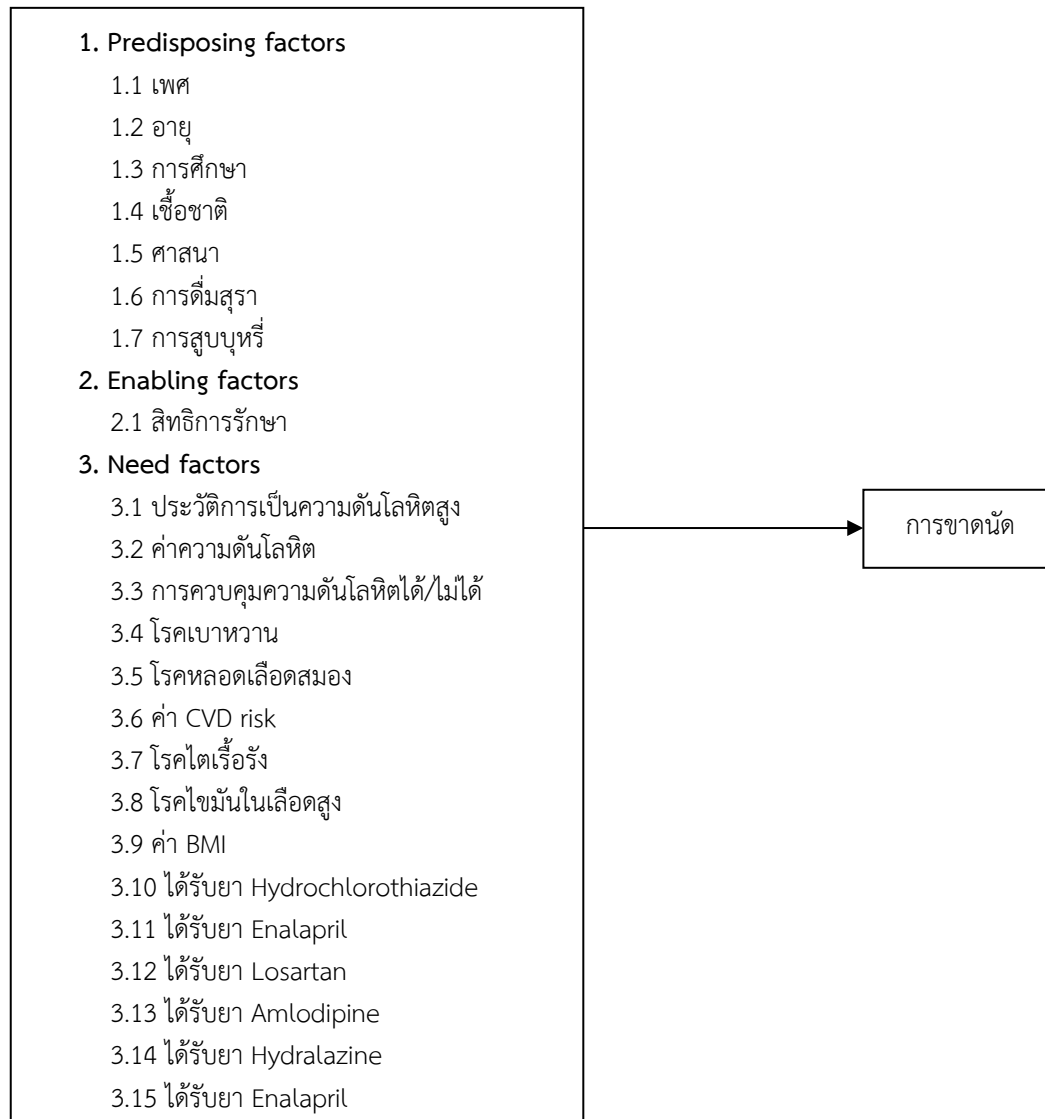
โรงพยาบาลบ้านตากยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นรูปธรรมเกี่ยวกับปัจจัยการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ซึ่งจะเป็นข้อมูลนำเข้าที่สำคัญในการนำมาพัฒนางานบริการผู้ป่วยนอก (OPD) ในการปรับปรุงการดูแลและการจัดการผู้ป่วยได้ ซึ่งจะช่วยลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ และป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผลของการศึกษานี้จะช่วยให้หน่วยบริการทางสุขภาพพัฒนากลยุทธ์เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติตามการนัดหมายและการดูแลผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Anderson's behavioral model พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพการมาตามนัดขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) Predisposing factors เช่น อายุ เพศ การศึกษา 2) Enabling factors เช่น สิทธิการรักษา และ 3) Need factors เช่น ลักษณะทางคลินิก การได้รับการรักษาด้วยยา (Andersen & Newman, 1973) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลย้อนหลัง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวน 780 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยขาดนัด จำนวน 425 ราย และผู้ป่วยที่ไม่เคยขาดนัด จำนวน 355 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านตาก จำนวน 8,219 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุอยู่ในช่วงอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2567 ของโรงพยาบาลบ้านตาก ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567
 2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิโดยแพทย์ และมีค่า Systolic BP อยู่ในช่วง 140-179 มิลลิเมตรปรอท และ Diastolic BP อยู่ในช่วง 90-109 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อย 2 ครั้งของการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านตาก
 3. ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่ขาดนัดตั้งแต่ 1 ครั้งเป็นต้นไป
- เกณฑ์การคัดออก

1. เวชระเบียนมีข้อมูลไม่ครอบคลุมข้อมูลที่ต้องการ

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างปี 2565-2567 เฉลี่ย 8,219 คนต่อปี ใช้สูตร Yamane (Yamane, 1973) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมอย่างน้อย 384 คน เนื่องจากมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 425 คน จึงนำข้อมูลทั้งหมดมาใช้ในการศึกษา โดยมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 355 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 780 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบบันทึกข้อมูลจากผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. Predisposing factors ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา เชื้อชาติ ศาสนา การดื่มสุรา การสูบบุหรี่
2. Enabling factors ได้แก่ สิทธิการรักษา
3. Need factors ได้แก่ ประวัติการเป็นความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิต การควบคุมความดันโลหิตได้/ไม่ได้ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ค่า CVD risk โรคไตเรื้อรัง โรคไขมันในเลือดสูง ค่า BMI ได้รับยา Hydrochlorothiazide Enalapril Losartan Amlodipine Hydralazine และ Atenolol

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบไปด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 1 ท่าน และหัวหน้าพยาบาล 1 ท่าน จากนั้นนำแบบบันทึกข้อมูลมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาหาค่าความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence: IOC) ได้เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลทดลองบันทึกกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 10 ราย ได้ค่า interrater ระหว่างผู้วิจัยกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้ค่าเท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตาก แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงขออนุญาตเก็บข้อมูลกับหัวหน้างานเวชระเบียน เพื่อขอใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากงานสารสนเทศทางแพทย์ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567
2. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลที่ต้องการ
3. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลจากผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา เชื้อชาติ ศาสนา การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ สิทธิการรักษา ประวัติการเป็นความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิต การควบคุม

ความดันโลหิตได้/ไม่ได้ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ค่า CVD risk โรคไตเรื้อรัง โรคไขมันในเลือดสูง ค่า BMI ได้รับยา Hydrochlorothiazide Enalapril Losartan Amlodipine Hydralazine และ Atenolol

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป นำเสนอโดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงกลุ่ม (categorical data) นำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data) ที่มีการแจกแจงแบบปกตินำเสนอโดยใช้ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วย univariate logistic regression analysis และ multiple logistic regression analysis ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% (95% confidence interval) และ p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก หนังสือรับรองเลขที่ TAKREC No.030/2567 ลงวันที่ 4 ตุลาคม 2567 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมและตีพิมพ์เฉพาะในงานทางวิชาการเท่านั้นข้อมูลของงานวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับไม่ระบุชื่อ

ผลการวิจัย

ตาราง 1 การเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดกับมาตามนัดในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก (n=780)

ลักษณะทั่วไป	ผู้ป่วยขาดนัด (n=425)		ผู้ป่วยมาตามนัด (n=355)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					$< 0.001^a$
ชาย	232	54.6	114	32.1	
หญิง	193	45.4	241	67.9	
อายุ (ปี) Median [IQR] Min, Max	60 [52, 69]	27, 80	66 [58, 73]	29, 84	$< 0.001^a$
สถานะภาพสมรส					0.159^a
อยู่คนเดียว	16	3.8	21	5.9	
มีคู่สมรส/คู่ครอง	409	96.2	334	94.1	
ระดับการศึกษา					$< 0.001^a$
ไม่ได้ศึกษา	20	4.7	5	1.4	
ประถมศึกษา	170	40.0	174	49.0	
มัธยมศึกษา	136	32.0	117	33.0	
อนุปริญญา	71	16.7	21	5.9	
ปริญญา	28	6.6	38	10.7	
สิทธิการรักษา					0.744^b
บัตรทอง	397	93.4	332	93.5	
ประกันสังคม	6	1.4	3	0.8	
เบิกได้/รัฐวิสาหกิจ	22	5.2	20	5.6	
ตำบล					$< 0.001^a$
ตากออก	120	28.2	165	46.5	
แม่สลิต	76	17.9	42	11.8	
ตากตก	35	8.2	33	9.3	

ลักษณะทั่วไป	ผู้ป่วยขาดนัด (n=425)		ผู้ป่วยมาตามนัด (n=355)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สมอโคน	31	7.3	20	5.6	
เกาะตะเกา	69	16.2	47	13.2	
ทุ่งกระเซาะ	49	11.5	13	3.7	
ท้องฟ้า	45	10.6	35	9.9	

a=Chi-square test, b=Fisher's Exact Test

ตาราง 1 จากการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไประหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดและผู้ป่วยที่มาตามนัด พบว่า เพศมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดนัดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.6) อายุของกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดนัดมีค่ามัธยฐาน (IQR) น้อยกว่ากลุ่มที่มาตามนัดอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) ระดับการศึกษา และตำบลที่อยู่อาศัย มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาตาม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนสถานภาพสมรสและสิทธิการรักษาไม่แตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม ($p\text{-value} = 0.159$ และ $p\text{-value} = 0.744$ ตามลำดับ)

ตาราง 2 เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดกับมาตามนัดในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก (n=780)

ลักษณะทางคลินิก	ผู้ป่วยขาดนัด (n=425)		ผู้ป่วยมาตามนัด (n=355)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประวัติการรับเข้ารักษาโรคความดันโลหิตสูง (ปี)					$<0.001^a$
≤ 5	239	56.2	282	79.4	
> 5	186	43.8	73	20.6	
ดัชนีมวลกาย					$<0.001^a$
< 18.5	49	11.5	23	6.5	
18.5-24.99	222	52.2	163	45.9	
≥ 25	108	25.4	135	38.0	
≥ 30	46	10.8	34	9.6	
โรคร่วม					$<0.001^a$
มีโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว	154	36.2	24	6.8	
มีโรคร่วม	271	63.8	331	93.2	
ชนิดของโรคร่วม* (n=602)					
โรคเบาหวาน	8	3.0	5	1.5	0.226^a
โรคหลอดเลือดสมอง	37	13.7	6	1.8	$<0.001^a$
โรคไขมันในหลอดเลือดสูง	256	94.5	330	99.7	$<0.001^a$
โรคไตเรื้อรัง					0.747^b
ระยะ 1- 2	248	91.5	302	91.2	
ระยะที่ 3	20	7.4	27	8.2	
ระยะที่ 4	3	1.1	2	0.6	
CVD risk					0.664^a
0-20 %	188	69.4	235	71.0	
≥ 20 %	83	30.6	96	29.0	

ลักษณะทางคลินิก	ผู้ป่วยขาดนัด (n=425)		ผู้ป่วยมาตามนัด (n=355)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มีประวัติสูบบุหรี่					$<0.001^a$
ไม่สูบบุหรี่	318	74.8	340	95.8	
สูบบุหรี่	107	25.2	15	4.2	
มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์					$<0.001^a$
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	284	66.8	329	92.7	
ดื่มแอลกอฮอล์	141	33.2	26	7.3	
การรักษาโรคความดันโลหิตสูง					0.068^a
ปรับพฤติกรรม	10	2.4	10	2.8	
รักษาด้วยการรับประทานยา	415	97.6	345	97.2	
ยาที่รับประทาน* (n=760)					
Hydrochlorothiazide	8	1.9	2	0.6	0.104^a
Enalapril	229	55.2	174	50.4	0.192^a
Losartan	65	15.7	107	31.0	$<0.001^a$
Amlodipine	270	65.1	182	52.8	$<0.001^a$
Hydralazine	16	3.9	7	2.0	0.143^a
Atenolol	23	5.5	37	10.7	0.008^a

*นับซ้ำตามจำนวนของผู้ป่วย, a=Chi-square test, b=Fisher's Exact Test

ตารางที่ 2 จากการเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ขาดนัดมีส่วนการเข้ารับการรักษารักษาโรคความดันโลหิตสูงเกิน 5 ปี ดัชนีมวลกายกลุ่มตัวอย่างที่ขาดนัดพบมากในเกณฑ์ปกติ โรคร่วมกลุ่มตัวอย่างที่ขาดนัดมีส่วนการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียวสูงกว่า (ร้อยละ 36.2) โดยโรคร่วมที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไขมันในหลอดเลือดสูง ด้านพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างที่ขาดนัดมีประวัติสูบบุหรี่ (ร้อยละ 25.2) และดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 33.2) มากกว่ากลุ่มที่มาตามนัด รูปแบบการรักษา ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ($p\text{-value} = 0.068$) โดยเกือบทั้งหมดรักษาด้วยการรับประทานยา แต่เมื่อจำแนกตามชนิดของยาพบความแตกต่างบางรายการ ได้แก่ กลุ่มที่มาตามนัดมีการใช้ Losartan มากกว่า (ร้อยละ 31.0 เทียบกับ ร้อยละ 15.7, $p\text{-value} < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มขาดนัดมีการใช้ Amlodipine มากกว่า (ร้อยละ 65.1% เทียบกับ ร้อยละ 52.8, $p\text{-value} < 0.001$) และการใช้ Atenolol พบมากกว่าในกลุ่มที่มาตามนัด (ร้อยละ 10.7 เทียบกับ ร้อยละ 5.5, $p\text{-value} = 0.008$)

ตาราง 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

ปัจจัย	cOR	95%CI	p-value	aOR	95%CI	p-value
เพศ						
หญิง	Ref.					
ชาย	2.54	1.89-3.40	<0.001	1.25	0.74-2.11	0.392
อายุ (ปี)	0.95	0.94-0.97	<0.001	0.97	0.96-0.99	0.033
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	Ref.					
ไม่ได้ศึกษา	4.09	1.50-11.15	0.006	10.01	2.13-47.05	0.004
มัธยมศึกษา	1.18	0.85-1.64	0.295	0.70	0.37-1.32	0.275
อนุปริญญา	3.46	2.03-5.88	<0.001	1.11	0.39-3.13	0.838
ปริญญา	0.75	0.44-1.28	0.299	0.13	0.03-0.46	0.002
ตำบล						
ตากออก	Ref.					
แม่สลิติ	2.48	1.59-3.87	<0.001	2.70	1.29-5.63	0.008
ตากตก	1.45	0.85-2.47	0.163	0.72	0.29-1.78	0.479
สมอโคน	2.13	1.15-3.91	0.015	1.73	0.64-4.67	0.276
เกาะตะเภา	2.01	1.30-3.13	0.002	1.12	0.54-2.31	0.741
ทุ่งกระเซาะ	5.18	2.69-9.97	<0.001	2.32	0.88-6.12	0.089
ท้องฟ้า	1.76	1.07-2.91	0.026	1.08	0.43-2.68	0.865
ประวัติการรักษา						
น้อยกว่า 5 ปี	Ref.					
มากกว่า 5 ปี	3.00	2.18-4.14	<0.001	6.68	3.80-11.74	<0.001
ดัชนีมวลกาย						
<18.5	Ref.					
18.5-24.99	0.63	0.37-1.09	0.101	1.73	0.67-4.46	0.254
≥25	0.37	0.21-0.65	0.001	0.922	0.33-2.53	0.875
≥30	0.63	0.32-1.23	0.181	1.51	0.42-5.31	0.520
การมีโรคร่วม						
ไม่มี	Ref.					
มี	0.12	0.08-0.20	<0.001	1.66	0.13-19.84	0.686
ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง						
ไม่มี	Ref.					
มี	5.54	2.31-13.30	<0.001	4.58	1.20-17.50	0.026
ประวัติโรคไขมันในหลอดเลือด						
ไม่มี	Ref.					
มี	0.11	0.07-0.18	<0.001	0.08	0.00-0.97	0.048

ปัจจัย	cOR	95%CI	p-value	aOR	95%CI	p-value
ประวัติการสูบบุหรี่						
ไม่สูบ	Ref.					
สูบ	7.62	4.34-13.37	<0.001	2.96	1.22-7.17	0.016
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่ดื่ม	Ref.					
ดื่ม	6.28	4.01-9.82	<0.001	2.32	1.03-5.21	0.041
การได้รับยา Losartan						
ไม่ได้รับ	Ref.					
ได้รับ	0.41	0.29-0.59	<0.001	0.85	0.45-1.59	0.627
การได้รับยา Amlodipine						
ไม่ได้รับ	Ref.					
ได้รับ	1.65	1.24-2.20	0.001	1.41	0.84-2.34	0.184
การได้รับยา Atenolol						
ไม่ได้รับ						
ได้รับ	0.49	0.28-0.84	0.010	0.14	0.04-0.53	0.003

cOR = crude odds ratio, aOR=Adjust odds ratio, 95%CI= 95% confidence interval

ตาราง 3 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก โดยการวิเคราะห์แบบ Logistic regression analysis พบว่า ในการวิเคราะห์เชิงเดี่ยว เพศชายมีแนวโน้มขาดนัดมากกว่าเพศหญิง (cOR = 2.54, p-value < 0.001) แต่หลังปรับตัวแปรร่วมในการวิเคราะห์ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (aOR = 1.25, p-value = 0.392) ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษามีโอกาสขาดนัดสูงกว่ากลุ่มที่จบประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ (aOR = 10.01, p-value = 0.004) และผู้ป่วยที่อาศัยในตำบลแม่สลิดมีโอกาสดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ที่อาศัยในตำบลตากออก (aOR = 2.70, p-value = 0.008) ผู้ที่มีระยะเวลาป่วยมากกว่า 5 ปี มีโอกาสขาดนัดมากกว่าผู้ที่ป่วยไม่ถึง 5 ปี (aOR = 6.68, p-value < 0.001) รวมถึงผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (aOR = 4.58, p-value = 0.026) ผู้ที่สูบบุหรี่ (aOR = 2.96, p-value = 0.016) และผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ (aOR = 2.32, p-value = 0.041) มีโอกาสขาดนัดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ในขณะที่ปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสการขาดนัด ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปี (aOR = 0.97, p-value = 0.033) การศึกษาระดับปริญญา (aOR = 0.13, p-value = 0.002) การมีโรคไข้มันในหลอดเลือดสูง (aOR = 0.08, p-value = 0.048) และการได้รับการรักษาด้วยยา Atenolol (aOR = 0.14, p-value = 0.003)

อภิปรายผล

1. ศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

การศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขาดนัด ที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.6 งานวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า ผู้หญิงมักให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและเข้ารับการตรวจรักษามากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเป็นผลมาจากปัจจัยทางพฤติกรรมและวัฒนธรรม (Tanglai et al., 2025) ที่รายงานว่าผู้ชายมีแนวโน้มไม่ปฏิบัติตามนัดหมายและการรักษาสูงกว่าผู้หญิง อาจเนื่องมาจากบทบาททางสังคมและหน้าที่การทำงานของเพศชายที่มักมีภาระงานนอกบ้านมาก ทำให้ไม่สะดวกมารับบริการตามเวลานัด นอกจากนี้มีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ชายมีทัศนคติด้านสุขภาพแบบไม่อยากถูกมองว่าอ่อนแอ จึงมีแนวโน้มละเลยการติดตามรักษาโรคเรื้อรังมากกว่าผู้หญิง (Santosa et al., 2020) การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่

ชาตินี้ มีค่าอายุเฉลี่ย 60 ปี สอดคล้องกับแนวโน้มของโรคความดันโลหิตสูงที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ งานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ความเสี่ยงสูงและการมีโรคร่วมมากขึ้น ในขณะเดียวกันอายุที่มากขึ้นกลายเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอุปสรรคในการมารับบริการตามนัด ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อย มีภาระในการมาโรงพยาบาลมากขึ้นร่วมกับ ปัญหาทางร่างกาย เช่น ข้อเข่าเสื่อม การมองเห็นหรือการได้ยินลดลง อาการเจ็บปวดเคลื่อนไหวที่บกพร่อง หรือไม่มีผู้พาเดินทาง ทำให้การมาถึงโรงพยาบาลหรือคลินิกตามนัดเป็นเรื่องยุ่งยาก (Mansouri et al., 2023) ประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีสถานะสมรส/มีคู่ครอง ร้อยละ 96.2 ในขณะที่กลุ่มอยู่คนเดียวมีสัดส่วนน้อย มีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีคู่สมรสมีแนวโน้มปฏิบัติตามแผนการรักษามากกว่า เนื่องจากได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรส (Ghaderi Nasab et al., 2024) อย่างไรก็ตาม ผู้ที่อยู่คนเดียวอาจมีความเสี่ยงสูงขึ้นในการขาดนัดและมีปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของตนเอง (นันทศักดิ์ ชนะพันธ์, 2563)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 ในขณะที่ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาเลยมีสัดส่วนน้อย ร้อยละ 4.7 การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำอาจมีความเข้าใจด้านสุขภาพ (health literacy) จำกัด ส่งผลต่อการรับรู้ความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง (Apfel & Tsouros, 2013) สิทธิการรักษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) คิดเป็นร้อยละ 93.4 ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างระบบสาธารณสุขของประเทศไทยที่ประชากรส่วนใหญ่พึ่งพาระบบนี้ (Tangcharoensathien et al., 2018) การที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงการรักษาผ่านบัตรทองแสดงให้เห็นถึงความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพในระดับประชากร อย่างไรก็ตาม การวิจัยในอดีตอธิบายว่าแม้จะมีหลักประกันสุขภาพ แต่อุปสรรคด้านภูมิศาสตร์และภาระค่าใช้จ่ายทางอ้อมยังคงเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยบางรายขาดนัด (Ghislandi et al., 2015)

จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 56.2 ของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาภายใน 5 ปี และร้อยละ 43.8 มีประวัติการรักษามากกว่า 5 ปี แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจำนวนมากเพิ่งได้รับการวินิจฉัย ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมโรคและการตระหนักถึงความสำคัญในการมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่ได้รับการรักษานานมักมีการตอบสนองต่อยาและการปรับพฤติกรรมที่ดีขึ้น (Kario et al., 2024) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-24.99 ร้อยละ 52.2 ซึ่งถือว่าเป็นค่าปกติ อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 10.8 ของผู้ป่วยมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ($BMI > 25$) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน (Leggio et al., 2017) ร้อยละ 25.2 ของผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ และร้อยละ 33.2 มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลเสียต่อการควบคุมความดันโลหิตและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน (Jareebi, 2024) ยาที่ใช้มากที่สุด คือ Amlodipine ร้อยละ 65.1 รองลงมา คือ Enalapril ร้อยละ 55.2 และ Losartan ร้อยละ 15.7 ซึ่งเป็นการได้รับการแนะนำในแนวทางการรักษาความดันโลหิตสูง (Carey et al., 2018)

2. ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ได้แก่ เพศชาย แม้ว่าการวิเคราะห์เบื้องต้นพบว่าเพศชายมีแนวโน้มขาดนัดมากกว่า ($cOR = 2.54$, $p-value < 0.001$) แต่เมื่อนำตัวแปรอื่นมาปรับร่วมแล้วไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญ ($aOR = 1.25$, $p-value = 0.392$) แสดงว่าความแตกต่างของอัตราการขาดนัดระหว่างเพศอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น ๆ สัมพันธ์กับหลายงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้หญิงมีพฤติกรรมและวัฒนธรรมให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและเข้ารับการตรวจรักษามากกว่าเพศชาย (Tanglai et al., 2025) ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษามีความเสี่ยงขาดนัดสูงกว่ากลุ่มที่จบประถมศึกษา ($aOR = 10.01$, $p-value = 0.004$) ขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่ามีแนวโน้มมาตามนัดมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้าน Health Literacy ที่ระบุว่าคนที่มีการศึกษาสูงมักเข้าใจถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพมากกว่า (Apfel & Tsouros, 2013) ผู้ที่อาศัยอยู่ในตำบลแม่สลิคมีโอกาสดูแลสุขภาพสูงกว่าเมื่อเทียบกับตำบลตากออก ($aOR = 2.70$, $p-value = 0.008$) ซึ่งเกิดจากข้อจำกัดด้านการเดินทางและระยะทางที่ไกลจากโรงพยาบาล ผู้ที่ได้รับการรักษานานกว่า 5 ปี มีโอกาสดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ที่รับการรักษาน้อยกว่า ($aOR = 6.68$, $p-value < 0.001$) อาจเป็นเพราะ

ความคุ้นเคยกับโรคหรือความรู้สึกว่าสามารถจัดการอาการเองได้ จึงลดความสำคัญของการมาติดตามอาการ (Nonkhuntod & Yu, 2018) ผู้ที่มีโรคหลอดเลือดสมองร่วมมีแนวโน้มขาดนัดสูง ($aOR = 4.58$, $p\text{-value} = 0.026$) เกิดจากข้อจำกัดทางกายภาพในการเดินทาง ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงกลับมีแนวโน้มมาตามนัดมากกว่า ($aOR = 0.08$, $p\text{-value} = 0.048$) เป็นผลมาจากการได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลถึงความจำเป็นของการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Smith et al., 2022; Wang & Lee, 2023) ผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่ ($aOR = 2.96$, $p\text{-value} = 0.016$) และดื่มแอลกอฮอล์ ($aOR = 2.32$, $p\text{-value} = 0.041$) มีแนวโน้มขาดนัดมากกว่า ซึ่งอาจเป็นเพราะพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีและการขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ (Kavanagh & Graham, 2019)

การนำผลการวิจัยไปใช้

การให้ความรู้เฉพาะกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ควรพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ เพื่อเน้นย้ำถึงความสำคัญของการมาตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการดำเนินงานในระดับชุมชนโดย จัดโครงการรณรงค์ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อลดอัตราการขาดนัดและส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ควรมีการแจ้งเตือนการนัดหมายเฉพาะบุคคลโดยใช้ระบบแจ้งเตือนผ่าน SMS หรือโทรศัพท์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยและผู้ที่ยังไม่ได้แต่งงาน เพื่อเพิ่มอัตราการมาตรวจตามนัด ร่วมกับการปรับปรุงการเข้าถึงบริการเพิ่มทางเลือกในการเดินทางหรือพัฒนาระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) สำหรับผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ง่ายขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรมและเศรษฐกิจสังคมที่ส่งผลต่อการขาดนัด เพื่อพัฒนาแนวทางการแก้ไขที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- เชม ฟามิตินนท์, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, กุลเชษฐ์ เกษะโกมล, และ สุภัชมา เก่งพานิช. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยสูงอายุ. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 4(3), 59-68.
<https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/254570>
- นฤมล สบายสุข และ ลำพรณ แสนบั้ง. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผิวดำ. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 8(2), 465-477.
<https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/265788>
- นลินี หนูห่วง. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 8(4), 264-274. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/268805>
- นันทกัศ ชนะพันธ์. (2563). ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า : บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 32(1), 76-88.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/249631>
- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 95-124. <https://doi.org/10.2307/3349613>
- Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). Health literacy: The solid facts. *Copenhagen: World Health Organization*, 15(1), 3-26. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289000154>

- Appel, H., Ai, A., & Tingir, S. (2019). Missed appointments by hypertension patients in transitional care: Race and insurance correlates. *Journal of Public Health Issues and Practices*, 3, 157. <https://doi.org/10.33790/jphip1100157>
- Carey, R. M., Whelton, P. K., & 2017 ACC/AHA Hypertension Guideline Writing Committee (2018). Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: Synopsis of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension Guideline. *Annals of Internal Medicine*, 168(5), 351–358. <https://doi.org/10.7326/M17-3203>
- Das, B., Neupane, D., Singh Gill, S., & Bir Singh, G. (2021). Factors affecting non-adherence to medical appointments among patients with hypertension at public health facilities in Punjab, India. *Journal of Clinical Hypertension*, 23(4), 713–719. <https://doi.org/10.1111/jch.14142>
- Department of Disease Control, M. o. P. H. (2020). *NCD system V.1.2: Results of the 6th National Health Examination Survey of Thailand in 2024*. Retrieved Aug 12 from <http://ncd.ddc.moph.go.th/system/#/healthexam-list>
- Department of Disease Control, M. o. P. H. (2023). *Number and mortality rate from 5 non-communicable diseases (2017–2021)*. Retrieved Aug 12 from https://www.ddc.moph.go.th/dncd/forecast_detail.php?publish=13744
- Ghaderi Nasab, Z., Sharifi, H., & Mangolian Shahrabaki, P. (2024). Facilitators of medication adherence in patients with hypertension: A qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1372698. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1372698>
- Ghislandi, S., Manachotphong, W., & Perego, V. M. (2015). The impact of Universal Health Coverage on health care consumption and risky behaviours: Evidence from Thailand. *Health Economics, Policy and Law*, 10(3), 251–266. <https://doi.org/10.1017/S1744133114000334>
- Jareebi, M. A. (2024). The association between smoking behavior and the risk of hypertension: Review of the observational and genetic evidence. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 3265–3281. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S470589>
- Kario, K., Hoshida, S., & Mogi, M. (2024). Hypertension treatment up-date on world hypertension day 2024: Current status and future prospects in Asia. *Hypertension Research*, 47(7), 1763–1765. <https://doi.org/10.1038/s41440-024-01744-1>
- Kavanagh, S. A., & Graham, M. (2019). How gender inequity impacts on men's health. An exploration of theoretical pathways. *International Journal of Men's Social and Community Health*, 2(1), e11–e21. <https://doi.org/10.22374/ijmsch.v2i1.5>
- Leggio, M., Lombardi, M., Caldarone, E., Severi, P., D'emidio, S., Armeni, M., Bravi, V., Bendini, M. G., & Mazza, A. (2017). The relationship between obesity and hypertension: An updated comprehensive overview on vicious twins. *Hypertension Research*, 40(12), 947–963. <https://doi.org/10.1038/hr.2017.75>
- Mansouri, A., Khosravi, A., Mehrabani-Zeinabad, K., Kopec, J. A., Adawi, K. I. I., Lui, M., Abdul Rahim, H. F., Anwar, W., Fadhil, I., Sulaiman, K., Bazargani, N., Saade, G., Farhan, H. A., AlMahmeed, W., Bokhari, S. S., Hassen, N., Alandejani, A., Shirani, S., Abidin, A., Manla, Y., ... Sarrafzadegan, N. (2023). Trends in the burden and determinants of hypertensive heart disease in the

- Eastern Mediterranean region, 1990-2019: An analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *EClinicalMedicine*, 60, 102034. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102034>
- McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Rahimi, K., Touyz, R. M., & McEvoy, J. W. (2025). What is new and different in the 2024 European society of cardiology guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension? *Hypertension*, 82(3), 432-444. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.124.24173>
- Mills, K. T., Stefanescu, A., & He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews. Nephrology*, 16(4), 223-237. <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>
- Ministry of Public Health. (2024). *Health Data Center*. Retrieved Feb 24 from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- Nonkhuntod, R., & Yu, S. (2018). Lessons from Thailand: Universal healthcare achievements and challenges. *International Journal of Social Economics*, 45(2), 387-401. <https://doi.org/10.1108/IJSE-03-2017-0107>
- Santosa, A., Zhang, Y., Weinehall, L., Zhao, G., Wang, N., Zhao, Q., Wang, W., & Ng, N. (2020). Gender differences and determinants of prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among adults in China and Sweden. *BMC Public Health*, 20(1), 1763. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09862-4>
- Smith, J., Brown, K., & Taylor, M. (2022). Barriers to healthcare access among stroke survivors: A systematic review. *Journal of Stroke Care*, 15(3), 210-218. <https://doi.org/10.1016/j.jsc.2022.03.004>
- Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: A solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10126), 1205-1223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30198-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30198-3)
- Tanglai, W., Jeamjitvibool, T., Chen, P., Lockwood, M. B., & Cajita, M. (2025). Gender and sex-based differences in hypertension risk factors among non-Hispanic Asians adults in the United States. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 40(3), 280-289. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000001147>
- Vidal-Petiot, E. (2022). Thresholds for hypertension definition, treatment initiation, and treatment targets: recent guidelines at a glance. *Circulation*, 146(11), 805-807. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.055177>
- Wang, H., & Lee, C. (2023). Adherence to follow-up appointments in patients with hyperlipidemia: Role of provider counseling. *BMC Health Services Research*, 23(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09567-4>
- World Health Organization. (2022). *High Blood Pressure – Measure Accurately, Control It and Live Longer*. <https://www.who.int/srilanka/news/detail/16-05-2022-high-blood-pressure---measure-accurately--control-it-and-live-longer>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. Harper and Row.

ความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดตาก Happiness of the elderly in elderly school, Tak Province

ศัทธยา รัตนวิมล, เชาวนี ล่องชุมพล, ชมนาด วรรณพรศิริ, ชนิกันต์ เสือสิงห์,
นิตยา ศรีบัวรมย์, พรพรรณ อินต๊ะ, และ นภัสนันท์ ปิยะศิริภณท์*

Cathareeya Rattanawimol, Chaowanee Longchoopol, Chommanard Wannapornsiri,
Chanikan Suasing, Nittaya Sriboarom, Pornpan Inta, and Napasanan Piyasiripan *

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Faculty of Nursing Naresuan University

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: napasananp@hotmail.com

(Received: April 29, 2025; Revised: June 30, 2025; Accepted: November 20, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ และศึกษา มุมมองที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มาโรงเรียนผู้สูงอายุเมืองแม่ปะ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก การศึกษาเชิงปริมาณ จำนวน 127 คน และการศึกษาเชิงคุณภาพ จำนวน 10 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความสุขของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับมุมมองที่มีผลต่อความสุข ของผู้สูงอายุ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดตาก มีความสุขโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด รายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีความสุขด้านความพึงพอใจในการเรียน ด้านความเข้าใจและภาคภูมิใจในตนเอง ด้านความสนใจ ใฝ่เรียนรู้ และด้านความพึงพอใจในตนเอง อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านความวิตกกังวล อยู่ในระดับน้อยที่สุด มุมมองที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนเกิดจาก 1) ความภาคภูมิใจในตนเองที่ได้ถ่ายทอดความรู้และ ทำอะไรได้สำเร็จ 2) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลให้เกิดความสุขอิมเมจ 3) ความรื่นรมย์จากการร่วมทำ กิจกรรมต่าง ๆ เช่น การร้องเพลง และการฟ้อนรำ ทำให้มีความตื่นตัว มีชีวิตชีวา เกิดความสุข และ 4) ความมี มิตรภาพที่ได้แบ่งปันและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน แสดงถึงการได้รับการยอมรับจากสังคม ทำให้รู้สึกมีคุณค่าและมีความสุขเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ เป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้เกี่ยวข้องในการสนับสนุน ส่งเสริม จัดกำลังคน อุปกรณ์ และงบประมาณการจัดโครงการ

คำสำคัญ : ความสุข ผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ

Abstract

This survey research aimed to study the level of happiness of the elderly in the elderly school; and to explore the perspectives influencing their happiness. The sample consisted of elderly participants from Muang Mae Pa Elderly School, Mae Sot District, Tak Province, comprising 127 participants for the quantitative study and 10 participants for the qualitative study. The research instruments were a questionnaire on elderly happiness and a semi-structured interview schedule on the perspectives influencing their happiness. The study was conducted between February and June 2020. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using content analysis.

Research findings indicated that the elderly's overall happiness at the elderly school in Tak Province was at the highest level. Analyzing by dimension, the highest happiness levels were reported in terms of satisfaction in learning, self-understanding and self-esteem, interest in learning, and self-satisfaction. Conversely, the anxiety dimension was at the lowest level. The perspectives influencing happiness stemmed from: 1) Self-esteem (through sharing knowledge and achieving accomplishments); 2) A sense of self-worth (resulting in deep contentment); 3) Gratification (from participating in activities such as singing and dancing, leading to alertness and vitality); and 4) Friendship (through sharing and good relationships, signifying social acceptance and value).

Implications for practice: The findings serve as baseline data for stakeholders to support, promote, and arrange for manpower, equipment, and budgets for project management.

Keywords: happiness, elderly, elderly school

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่า 8 พันล้านคน (Population Reference Bureau, 2024) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก 1.4 พันล้านคนภายในปี ค.ศ. 2030 (World Health Organization, 2025) ในประเทศไทย มีประชากรสูงอายุร้อยละ 21.44 ของประชากรทั้งหมด เป็นสูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 55.83 และสูงอายุเพศชายร้อยละ 44.17 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) คาดว่าในปี 2583 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงโดยรวมถึงร้อยละ 31.28 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากความก้าวหน้าในการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงด้านสุขภาพจึงทำให้มีอัตราการเสียชีวิตลดลง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จากประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้เกิดผลกระทบ ด้านเศรษฐกิจ สัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้น สัดส่วนวัยทำงานลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดปัญหาขาดแคลนแรงงาน ด้านสังคม ทำให้อัตราการพึ่งพิงสูง ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานต้องทำงานหนักเพื่อหารายได้มาดูแลผู้สูงอายุ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัว หรืออาจถูกทอดทิ้งได้ และส่งผลต่อสภาพจิตใจตามมา ด้านสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การหกล้ม อาจเป็นผู้สูงวัยติดบ้าน และติดเตียง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว สภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย จึงมีความสำคัญต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก และผลกระทบด้านสุขภาพ จากภาวะที่เกิดจากโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น รวมทั้งโรคเกี่ยวกับความผิดปกติของอวัยวะรับสัมผัส เช่น การสูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน และความผิดปกติของระบบประสาท จึงต้องมุ่งเน้นให้ประชากรสามารถช่วยเหลือดูแลตนเอง ในยามสูงวัยให้ยาวนานที่สุด ตลอดจนการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพต่าง ๆ เนื่องจากการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง มีค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณสูงมาก (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส], 2566) จากผลกระทบโดยรวมดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อความสุขของผู้สูงอายุได้

ความสุข คือ อารมณ์ที่รู้สึกพอใจกับชีวิต รู้สึกสบายกายสบายใจ มีหลายรูปแบบ เช่น ความสนุกสนาน ความพึงพอใจ เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สำหรับความสุขของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดพื้นฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ประกอบด้วย ด้าน ร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ได้แก่ ความสุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ (จิตติยา สมบัติบุรณ์ และคณะ, 2562) สอดคล้องกับแนวคิดลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ของมาสโลว์ (Maslow, 1943) ซึ่งเชื่อว่าความปรารถนาของมนุษย์มีติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดและก่อให้เกิดความสุขแต่ละวัย คือ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านกายภาพ ความต้องการความปลอดภัย หรือความมั่นคง ความต้องการความรัก ความเป็นเจ้าของ ความต้องการเคารพ นับถือ และความต้องการความสำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การได้รับการตอบสนองด้านความรู้สึกปลอดภัยมั่นคง การได้รับการยอมรับในสังคม ได้ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและภาคภูมิใจ ซึ่งสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม

โรงเรียนผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ (จิตติวัฒน์ แก่นมณี, 2561) นอกจากนี้ การดูแลผู้สูงอายุให้มีความสุขทั้งกายและใจ ต้องดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมีงานอดิเรก การให้ความอบอุ่นให้มีโอกาสพบปะสังสรรค์ ให้ความสำคัญเห็นคุณค่าเคารพยกย่อง (สสส, 2561) ทั้งนี้ผู้สูงอายุต้องหมั่นดูแลสุขภาพกายของตนเองให้แข็งแรง ช่วยเหลือตัวเองได้ โดยรัฐต้องสนับสนุนการจัดทำโครงการหรือจัดกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้ทำประโยชน์เพื่อชุมชนและสังคม เพื่อให้รู้สึกในคุณค่าของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความสุขต่อไป (ภัทรนันท์ อุ่นอ่อน, 2564) ความสุขดังกล่าวจะช่วยเสริมสร้างความรู้สึทางบวก ซึ่งความรู้สึทางบวกนี้จะทำให้ผู้สูงอายุ สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมในครอบครัวและสังคม ได้อย่างมีความสุข มีเกียรติ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ สามารถ ทำคุณประโยชน์ และขับเคลื่อนชุมชนในฐานะผู้มี ประสพการณ์ (จิตติยา สมบัติบุรณ์ และคณะ, 2562) หากผู้สูงอายุไม่มีความสุข อาจเกิดอาการซึมเศร้า อาจสูญเสีย ความมั่นคงในชีวิต รู้สึกว่าหมดความสำคัญในสังคม อยู่ในสภาวะที่ไร้คุณค่า สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองกำลังเริ่มเป็นภาระของครอบครัว รวมไปถึงการสูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง รู้สึกเบื่อหน่ายในการรักษาที่ ยืดเยื้อ ยุ่งยาก เจ็บตัว มีค่าใช้จ่ายที่สูง โดยที่มีผลการรักษาไม่หายขาด ผู้สูงอายุจึงไม่ยอมร่วมมือในการรักษา ทำให้ อาการทรุดหนักอย่างรวดเร็ว หนักทุข์ทรมาน มีคุณภาพชีวิตแย่ลง (สสส, 2561)

การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อสร้างเสริมความสามารถทาง ด้านร่างกายของผู้สูงอายุ และ คงไว้ซึ่งความสุขในทุกมิติของผู้สูงอายุให้ได้มากที่สุด เน้นการเรียนรู้ตลอดชีวิต จัดการศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะการมีคุณภาพชีวิตที่ดี กิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะแตกต่างกันไปตามบริบท เน้น เรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจหรือต้องการ และมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต มีวิทยากรจิตอาสาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมา ดำเนินการสอนเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิตที่จำเป็นช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุจะได้ แสดงศักยภาพโดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ประสบการณ์ที่สั่งสมแก่บุคคลอื่นเพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าคู่กับ ชุมชน (สสส, 2560) ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีส่วนร่วมกับชุมชน ภาคภูมิใจ มีคุณค่าต่อสังคม กิจกรรมการเรียนการสอน ที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุข (อัญชลี เชี่ยวโสธร และคณะ, 2568) ทั้งนี้ความสุขด้านการเรียนการสอน ปัทมา ทองสม (2554) ได้พัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขในการเรียนของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สังกัดกระทรวง สาธารณสุข ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างครอบคลุมเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนมี ความสุข ได้แก่ พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ 2542 คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ แนวคิดเรื่อง ความสุข แนวคิดการจัดการเรียนรู้อย่างมีความสุข การตรวจสอบความสุข แนวคิดดัชนีชี้วัดทางการศึกษา ตัวแปรที่ บ่งบอกความสุขในการเรียนของนักศึกษา โดยสรุปดัชนีชี้วัดความสุขในการเรียนของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านความพึงพอใจในตนเอง 2) องค์ประกอบ ด้านความสนใจใฝ่เรียนรู้ 3) องค์ประกอบด้านความพึงพอใจในการเรียน 4) องค์ประกอบด้านทัศนคติต่อวิชาชีพและ 5) องค์ประกอบด้านความวิตกกังวล สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ดัชนีชี้วัดความสุขในการเรียนของ ปัทมา ทองสม (2554) เนื่องจากมีการทบทวนวรรณกรรมที่สอดคล้องกับกิจกรรมการเรียนการสอนโดยทั่วไปที่ทำให้ ผู้เรียน มีความสุข มีความน่าเชื่อถือ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ง่าย ร่วมกับแนวคิดลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ ของมาสโลว์ โดยมีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อให้สอดคล้องและครอบคลุมความสุขของผู้สูงอายุใน โรงเรียนผู้สูงอายุ

ตำบลแม่ปะ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก มีผู้สูงอายุร้อยละ 13.33 จากประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือ ตนเองได้ดี จำนวน 300 คน องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ปะ ได้พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ได้แก่ ด้านสุขภาพ การศึกษา อาชีพ และสังคม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกันทางด้านวิถีชีวิต ศาสนา วัฒนธรรม และภูมิปัญญา จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเมืองแม่ปะขึ้น เพื่อจัดการศึกษาให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจถึง ความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต หลักสูตรการเรียนการสอน 3 ปี คือ ชั้นปีที่ 1 หลักสูตรขั้นต้น (Basic) เน้นการเรียน การสอนระดับพื้นฐานทั่วไปให้ได้รับความรู้ที่หลากหลายเพื่อให้ “รู้จริง” ชั้นปีที่ 2 หลักสูตรชั้นกลาง (Intermediate) เป็นการศึกษาเชิงลึกเน้นการฝึกปฏิบัติจริงเพื่อให้ “รู้จริงและปฏิบัติได้” และชั้นปีที่ 3 หลักสูตรขั้นสูง (Advanced) เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์เป็นการศึกษาดูงานเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้มาใช้ประโยชน์ต่อตนเองและสังคม เรียน 4 วิชาหลัก คือ วิชาแนวคิดทางศาสนา วิชาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ วิชาวิถีชีวิต วัฒนธรรม และภูมิปัญญา

ท้องถิ่น และวิชาตามอัธยาศัยที่มีความสอดคล้องกับบริบทของเมืองแม่ปะ เพื่อสร้างผู้สูงอายุให้มี “คุณค่าและชราแบบมีคุณภาพ” (หลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเมืองแม่ปะ องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ปะ, 2561) ทั้งนี้ การศึกษาความสุขในการเรียนของผู้สูงอายุที่มาเรียนที่โรงเรียนผู้สูงอายุ ไม่สามารถอ้างอิงประชากรของโรงเรียนผู้สูงอายุแต่ละแห่งได้ เนื่องจากบริบทการเรียนการสอนและลักษณะผู้สอนมีความแตกต่างกัน ดังนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุเมืองแม่ปะ ที่มุ่งสู่การเรียนรู้ที่มีความสุขและการพัฒนาทักษะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนข้อมูลที่ได้ อาจเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนของโรงเรียนผู้สูงอายุอื่น ๆ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุที่มาเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุว่าอยู่ในระดับใดและศึกษามุมมองที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษามุมมองที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดตาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ 5 ด้าน ของมาสโลว์ (Maslow, 1943) และ แนวคิดความสุขในการเรียน 5 องค์ประกอบ ของปัทมา ทองสม (2554) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) องค์ประกอบด้านความพึงพอใจในตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีอารมณ์ดี สดชื่น แจ่มใสอยู่เสมอ 2) องค์ประกอบด้านความสนใจใฝ่เรียนรู้ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความสุขในการเรียน ความเอาใจใส่ในการเรียน ความเพลิดเพลินในการเรียน 3) องค์ประกอบด้านความพึงพอใจในการเรียน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความมุ่งมั่นในการเรียน มีความพึงพอใจในผลการเรียน 4) องค์ประกอบด้านความวิตกกังวล หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ มีความรู้สึกถูกบังคับให้เรียน ความรู้สึกเหงาและว่าเหว และ 5) องค์ประกอบด้านความเข้าใจในความต้องการและความภาคภูมิใจในตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพอใจ ที่ตนเองสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในชีวิตประจำวันได้ มีความภาคภูมิใจที่เป็นแบบอย่างด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุคนอื่น

ตัวแปรอิสระ

การเรียนการสอนในหลักสูตรของโรงเรียน
ผู้สูงอายุเมืองแม่ปะ ตำบลแม่ปะ
อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก
ปีการศึกษา 2562

ตัวแปรตาม

ความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ

1. องค์ประกอบด้านความพึงพอใจในตนเอง
2. องค์ประกอบด้านความสนใจใฝ่เรียนรู้
3. องค์ประกอบด้านความพึงพอใจในการเรียน
4. องค์ประกอบด้านความวิตกกังวล
5. องค์ประกอบด้าน ความเข้าใจในความต้องการและความภาคภูมิใจในตนเอง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาระดับความสุขของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ และศึกษามุมมองที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่ลงทะเบียนเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุเมืองแม่ปะ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปีการศึกษา 2562 จำนวน 200 คน

การวิจัยเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่ลงทะเบียนเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุเมืองแม่ปะ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปีการศึกษา 2562 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ผู้สูงอายุที่เข้าศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุเมืองแม่ปะ ประจำปีการศึกษา 2562 2) มีความสนใจในการเข้าร่วมวิจัย และอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากตารางของ ทาโร่ ยามาเน่ (Yamane, 1973) ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 127 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยสุ่มตัวเลขจากโปรแกรมสุ่มตัวเลข (Random number generator) โดยมีการกำหนดตัวเลขของกลุ่มตัวอย่าง และทำการกดปุ่มสุ่มตัวเลขจนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดไว้

การวิจัยเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่ลงทะเบียนเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุเมืองแม่ปะ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปีการศึกษา 2562 จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประยุกต์มาจาก แนวคิดลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ของมาสโลว์ (Maslow, 1943) และ แนวคิดความสุขในการเรียนของ ปัทมา ทองสม (2554) มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ จำแนกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความพึงพอใจในตนเอง จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านความสนใจใฝ่เรียนรู้ จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านความพึงพอใจในการเรียนจำนวน 6 ข้อ 4) ด้านความวิตกกังวล จำนวน 3 ข้อ และ 5) ด้านความเข้าใจและภาคภูมิใจในตนเอง จำนวน 4 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 1- 5 ระดับ โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยภาพรวม และรายด้าน และใช้เกณฑ์ในการแปลผลแบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับความสุขของผู้สูงอายุที่มาในโรงเรียนผู้สูงอายุแต่ละด้านน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับความสุขของผู้สูงอายุที่มาในโรงเรียนผู้สูงอายุแต่ละด้านน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับความสุขของผู้สูงอายุที่มาในโรงเรียนผู้สูงอายุแต่ละด้านปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับความสุขของผู้สูงอายุที่มาในโรงเรียนผู้สูงอายุแต่ละด้านมาก และ

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับความสุขของผู้สูงอายุที่มาในโรงเรียนผู้สูงอายุแต่ละด้านมากที่สุด

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร สังเคราะห์เอกสาร และผลการวิจัยที่ความสุขในการเรียนของผู้สูงอายุเป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับมุมมองที่ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุทั้ง 6 ข้อ ดังนี้ 1) ความสุขในการเรียนหรือให้ความหมายเกี่ยวกับความสุขในการเรียนว่าเป็นอย่างไร 2) ความรู้สึกต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนที่โรงเรียนผู้สูงอายุ ความภูมิใจในการเรียนที่โรงเรียนผู้สูงอายุนี้ 4) เหตุการณ์ที่ภาคภูมิใจ ด้านบวกในการเรียนที่โรงเรียนผู้สูงอายุ 5) ความเข้าใจตนเอง และ 6) สิ่งแวดล้อมและสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรในเรียน

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80 - 1.00 พร้อมทั้งปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ และนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นและได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลอง (Try Out) กับผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 30 คน มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.79

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุ ที่มีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย มีข้อคำถาม 6 ข้อ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำไปใช้กับกับผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 5 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตคนบตีในการลงพื้นที่เก็บข้อมูล ทำหนังสือขออนุญาตลงพื้นที่ทำการวิจัยถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก และประสานกับนายกองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ปะ

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอน วิธีการรวบรวมข้อมูล และอธิบายเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและการให้ข้อมูลการสัมภาษณ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเช่นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามแบบสอบถามความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เมืองแม่ปะ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก กับกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาประมาณ 30 นาทีผู้สูงอายุ 1 คน

4. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุ จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที ต่อ ผู้สูงอายุ 1 คน

กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการยุติการให้ข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกได้โดยไม่บังคับหรือข่มขู่ เมื่อผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามได้ครบถ้วนแล้วผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (descriptive statistics) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลความสุขความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับมุมมองที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ จากประเด็น 6 ข้อ แล้วนำเสนอในรูปแบบความเรียง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับหนังสือรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 1013/62 ในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ สามารถเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตามความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และถูกนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาเท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม ไม่มีการเสนอชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย หากต้องการออกจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งได้ตลอดเวลาที่หัวหน้าโครงการหรือหากมีการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อวัตถุประสงค์อื่นใด จะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่างด้วยเสมอ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้การศึกษา

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ จำนวน 127 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.86) และเพศชาย (ร้อยละ 3.14) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.14 อายุเฉลี่ย 67 ปี 9 เดือน จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 71.66) มีระยะเวลาเรียนที่โรงเรียนผู้สูงอายุเมืองแม่ปะช่วงเวลา 6 เดือน – 1 ปี (ร้อยละ 55.12) ซึ่งการเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุเมืองแม่ปะส่วนใหญ่สมัครใจมาเอง (ร้อยละ 66.93)

ส่วนที่ 2 ความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ตาราง 1 ระดับความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุจำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n=127)

รายการประเมิน	ระดับการประเมิน		
	Mean	S.D.	การแปลผล
ด้านความพึงพอใจในตนเอง	4.57	0.69	มากที่สุด
ด้านความสนใจใฝ่เรียนรู้	4.95	0.43	มากที่สุด
ด้านความพึงพอใจในการเรียน	4.98	0.17	มากที่สุด
ด้านความวิตกกังวล	4.55	0.36	มากที่สุด
ด้านความเข้าใจและภาคภูมิใจในตนเอง	4.98	0.47	มากที่สุด
ความสุขโดยรวม	4.81	0.37	มากที่สุด

จากตาราง 1 ระดับความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนเมืองแม่ปะโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.81, S.D.= 0.37) ทางรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีความสุขในด้านความพึงพอใจในการเรียน อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.98, S.D. = 0.17) ซึ่งมีระดับความสุขเท่ากับด้านความเข้าใจและภาคภูมิใจในตนเอง (Mean = 4.98, S.D.=0.47) รองลงมา คือ ความสุขด้านความสนใจใฝ่เรียนรู้อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.95, S.D.= 0.43) และความสุขด้านความพึงพอใจในตนเอง (Mean = 4.57, S.D.=0.69) และด้านความวิตกกังวล (Mean = 4.55, S.D.= 0.36) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 มุมมองที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยขอเสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) พอสังเขป ดังนี้

1. ความภาคภูมิใจในตนเอง ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเมืองแม่ปะ มีความภูมิใจในการมีความรู้ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ต่อเพื่อนและกลุ่มนักเรียนที่โรงเรียนประถม ภูมิใจที่ตนเองได้ลงมือทำอะไรบางอย่างได้สำเร็จ ดังคำกล่าว “ภูมิใจ ปลื้มมาก ๆ ที่ได้มาสอน บอกต่อเพื่อน ๆ ว่าวิธีการทำยาหม่องทำอย่างไร เพราะสูตรนี้ดีจริงเคยผ่านมาแล้ว ไข้มาแล้วเห็นผลมาก ๆ รวมถึงสอนการนวดคลายเส้น เพราะเคยเป็นอัมพฤกษ์และนวดตัวเองจนหายจึงอยากบอกต่อเพื่อน ๆ ดีใจจริง ๆ” “คือเวลาเขาสอนอะไรไปแล้วเราเอาไปทำได้ เอาไปใช้ได้จริง ๆ อย่างน้ำยาล้างจาน พอเขาสอนก็เอาไปทำที่บ้านได้ดีมาก ๆ สะอาดปลอดภัยไม่มีสารอันตรายอะไร กันนี้ไม่ต้องซื้อที่ตลาดแล้ว ทำเองได้ ลูก ๆ ก็เอาไปใช้เขาว่าดีกัน” “ดีใจและยินดีมาก ๆ ที่ไปสอนเด็กนักเรียน ถึงการพับดอกกุหลาบจากใบเตย นักเรียนทำได้เราก็สุขใจ คือมันดีนะ ที่เราไปบอกให้เด็กเขาทำตามเราได้เนี่ย”

2. ความรื่นรมย์ ผู้สูงอายุที่มาโรงเรียนผู้สูงอายุ ชอบกิจกรรมที่มีการร้องเพลง มีดนตรี มีการฟ้อนรำ การเต้น นับเป็นสิ่งรื่นรมย์ทำให้จิตใจเบิกบานมีความสุข ดังคำกล่าว “ชอบร้องชอบเต้น สนุกที่ได้ฟ้อนได้รำ ได้ออกกำลังกายอยากมาทุกวันเลย” “อยู่บ้านคนเดียวไม่ชอบ ชอบมาที่นี่เพราะได้มาร้องเพลงร่วมกันกับเพื่อน ๆ ทำให้มีความสุขเพลินมาก ๆ” “ดีใจได้มาโรงเรียน ได้ทำกิจกรรมหลายอย่าง คลายเครียดได้ดี สนุกเพลิดเพลิน”

3. มิตรภาพ ผู้สูงอายุที่โรงเรียนเมืองแม่ปะบางคนแม้จะอยู่หมู่บ้านเดียวกันแต่ก็ไม่มีโอกาสได้รู้จักกัน การมาเรียนที่โรงเรียนผู้สูงอายุที่เดียวกันจึงทำให้เกิดมิตรภาพ สัมพันธภาพที่ดีขึ้น มีการช่วยเหลือแบ่งปันทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน ดังคำกล่าว “เคยเห็นหน้าแต่ไม่ได้ทักทายกัน พอมาเรียนที่นี่เลยรู้จักกัน ได้ช่วยเหลือกัน เพิ่งไปงานบวช

หลานเขามา” “ขอบมาโรงเรียน ได้มาเจอเพื่อนใหม่ รู้จักกันที่นี่ คอยกันลูกคอ เขาเอาหน่อไม้มาฝากเราก็อาชนมมาแบ่งเขามั่ง”

อภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.86) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 3.14) อาจเป็นเพราะภาพรวมระดับประเทศ มีประชากรสูงอายุร้อยละ 21.44 ของประชากรทั้งหมด เป็นสูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 55.83 และสูงอายุเพศชายร้อยละ 44.17 และพบว่า ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 66.14) อายุเฉลี่ย 67 ปี 9 เดือน อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุระยะต้น (Young-Old) เป็นกลุ่มที่มีพลัง ร่างกาย ยังไม่มีความเสื่อมมาก ปรับตัวอยู่ในวัยสูงอายุได้เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเพียงชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 71.66) ซึ่งจะมีความถ่อมตน แต่ก็มีคุณภาพภูมิใจและรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (อุไรวรรณ อมรนิมิต และคณะ, 2565) ส่วนระยะเวลาการมาเรียนที่โรงเรียนผู้สูงอายุเมืองแม่ปะส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงเวลา 6 เดือน - 1 ปี (ร้อยละ 55.12) ทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาปรับตัวและมีการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนได้เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้ดีจะส่งผล ให้ความสุข (ขวัญสุดา บุญทศ และชนิษฐา นันทบุตร, 2560) ส่วนผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มาเรียนที่ โรงเรียนผู้สูงอายุเมืองแม่ปะด้วยความสมัครใจ (ร้อยละ 66.93) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในความต้องการ ของตนเอง บอกได้ว่าตนเองต้องการอะไร มีความพึงพอใจในชีวิต รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้สูงอายุมีการพัฒนาด้าน จิตใจที่ดีเป็นบุคคลที่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเพื่อก้าวสู่ความต้องการที่สูงขึ้นไปได้ (จิตติยา สมบัติบุรณ์ และคณะ, 2562)

ส่วนที่ 2 ความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ระดับความสุขของผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด (Mean = 4.81, S.D. = 0.37) การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และเป็นที่ยอมรับเป็นการส่งเสริมความรู้สึก การมีคุณค่าในตนเอง มีความภาคภูมิใจที่สามารถทำอะไรได้ ลูกหลานชมเชย หรือ การที่ผู้สูงอายุนำความรู้ ความสามารถของตนเองมาแบ่งปันถ่ายทอดให้กับเพื่อน ๆ หรือนักเรียนที่โรงเรียนประถมได้ สอดคล้องกับทฤษฎีของ มาสโลว์ ได้ (Maslow, 1943) ที่ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการประเมินคุณค่าในตนเองจากการยอมรับตนเอง และได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ก่อนนับถือตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และเปลี่ยนไปตาม วุฒิภาวะ สิ่งแวดล้อม และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต กล่าวคือ ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตของบุคคลดำเนินไปในด้านดี ประสบผลสำเร็จในสิ่งที่กระทำจะรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรางค์ เชื้อวนิชขากร และคณะ (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในตำบลบางนางลี่ จังหวัดสมุทรสงคราม จุฬาลงกรณ์เวชสาร พบว่าการพบปะติดต่อกับบุตร บทบาทในครอบครัว ได้แก่ ช่วยทำงาน ประกอบ อาชีพ เป็นที่ปรึกษาครอบครัว เลี้ยงดูบุตรหลาน ช่วยเหลืองาน บ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ สัมพันธ์ภาพกับบุคคลใน ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($R^2 = 0.56$) และ จากการศึกษาความสุขและปัจจัย ที่สัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งแก้ว อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ของ ฐิติวัฒน์ แก่นมณี (2561) พบว่า ปัจจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

เมื่อพิจารณาระดับความสุขของผู้สูงอายุรายด้าน พบว่า ความสุขด้านความพึงพอใจในการเรียน อยู่ในระดับ มากที่สุด (Mean = 4.98, S.D. = 0.17) ทั้งนี้ ความพึงพอใจในผลการเรียน ความพึงพอใจในการเรียนแบบกลุ่ม ความ สนุกและเพลิดเพลินต่อกิจกรรมการเรียนการสอน เป็นการจูงใจให้ติดตามและเข้าใจให้อยากค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติม ด้วยตนเองในสิ่งที่สนใจ รู้จักคิดและขยายวงความคิดไปสู่ความรู้ใหม่ ๆ เห็นประโยชน์ของการเรียน และสามารถ ถ่ายทอดไปสู่ผู้อื่นได้ สอดคล้องกับ ทิศนา ขมมณี (2560) ที่ว่า ผู้เรียนที่มีความเข้าใจความรู้ในสาระต่าง ๆ มีความสามารถในการกระทำ การใช้ทักษะและกระบวนการต่าง ๆ รวมทั้งความรู้สึก หรือ เจตคติ อันเป็นผลที่เกิดขึ้น จากกระบวนการเรียนรู้ ทำให้เกิดความพึงพอใจ สนุกเพลิดเพลิน และเกิดความสุขได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฐิติวัฒน์ แก่นมณี (2561) ที่พบว่า ปัจจัยความเพลิดเพลิน มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม โรงเรียนผู้สูงอายุมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ความสุขด้านความเข้าใจและภาคภูมิใจในตนเอง อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.98, S.D. = 0.47) การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเข้าใจและภาคภูมิใจในตนเอง อาจเป็นเพราะสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ รวมถึงถ่ายทอดความรู้ที่เป็นประโยชน์ให้ผู้อื่น และสามารถเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุคนอื่นได้ สอดคล้องกับ ผ่องนภา คิดหา และธีรวรรณ ธีระพงษ์ (2562) ที่ว่า ความสุขจากความภูมิใจของผู้สูงอายุเกิดจากความภูมิใจที่ยังมีสิ่งดีงามมอบให้ผู้อื่น และการรับรู้ตนเองว่ามีความหมายกับโลกใบนี้

ความสุขในด้านความสนใจใฝ่เรียนรู้ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.95, S.D. = 0.37) การที่ผู้สูงอายุมีความสุขในการเรียน ความเอาใจใส่ในการเรียน ความเพลิดเพลินในการเรียน การให้ความสำคัญต่อสิ่งที่อาจารย์สอน ความสนุกในกิจกรรมการเรียนการสอน อาจเป็นเพราะ ครูที่มาสอนจะเป็นครูจิตอาสา ได้แก่ ปราชญ์ชาวบ้าน ข้าราชการบำนาญเป็นส่วนใหญ่ ท่านมีความเมตตาจริงใจ เอาใจใส่ต่อผู้เรียนทุกคนโดยเท่าเทียมกัน ยุติธรรมสม่ำเสมอ และวางตนเป็นแบบอย่างที่ดี มีอารมณ์มั่นคงแจ่มใส มีสำนึกของการเป็นผู้ให้ มีวิธีการในการถ่ายทอดที่น่าสนใจ ผู้สูงอายุจึงนับถือศรัทธา ตั้งใจเรียน และมีความสุขในการเรียน สอดคล้องกับงานวิจัยของ เวหา เกษมสุข และคณะ (2562) กล่าวว่า การจัดการเรียนการสอนที่สร้างบรรยากาศให้ผู้เรียนไม่รู้สึกถูกคุกคาม หรืออับอาย เป็นบรรยากาศของการร่วมเรียนรู้ให้โอกาสผ่อนคลาย ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกซึ่งศักยภาพ ความรู้ที่มีในแต่ละคนออกมา ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า ไม่เน้นการแข่งขันแพ้ชนะ ให้เวลาและโอกาสผู้เรียนทุกคนตามความสามารถและความพร้อมในการเรียนรู้การเรียนการสอนเน้นกิจกรรมเรียนปนเล่น มีกิจกรรมปฏิบัติสอดแทรกไปในการสอนที่สนุกสนาน โดยผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม เพื่อเสริมสร้างปัญญา สุขภาพกาย จิต และสังคม จะก่อให้เกิดความสุขกับผู้เรียนมากขึ้น

ความด้านความพึงพอใจในตนเอง อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.57, S.D. = 0.37) การที่ผู้สูงอายุพอใจในตนเอง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและความสามารถตามวัยของตนเอง มีความสนุกในการเรียน อาจเนื่องมาจากวัยนี้เป็นวัยที่สั่งสมประสบการณ์ มองเห็นความเป็นจริงของชีวิต สามารถยอมรับความสามารถในตนเองและผู้อื่นได้ มีความมั่นคงในจิตใจ เกิดความพึงพอใจ และพร้อมที่จะปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขได้ผ่านการใช้สุขภาพจิตที่ดี และพร้อมในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม (จิตติยา สมบัติบุรณ์ และคณะ, 2562) สอดคล้องกับกรมกิจการผู้สูงอายุ (2564) ที่กล่าวว่าถ้าผู้สูงอายุสามารถปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงตนเองทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุขได้

ด้านความวิตกกังวล (Mean = 4.55, S.D. = 0.36) ข้อคำถามด้านนี้เป็นข้อความเชิงลบ เมื่อแปลค่าคะแนนจะต้องแปลกลับ และพบว่าในด้านนี้ได้คะแนนต่ำสุด ทั้งนี้ ความสามารถของคนจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยของการสูญเสียทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม จึงพยายามที่จะแยกตัวออกจากสังคม และปล่อยวางเป็นอิสระจากความคาดหวังของสังคมและการแก่งแย่งแข่งขันที่เคยมีในอดีต หยุดทำงานและอยู่กับบ้านเป็นส่วนใหญ่ การที่ผู้สูงอายุได้มาโรงเรียนพบปะวัยเดียวกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้หายเหงา อาจส่งผลให้ความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อย ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ว่า “ชอบมาโรงเรียน ได้มาเจอเพื่อน ๆ คุยกันสนุกดี ถ้าโรงเรียนปิดนานจะเหงาเลย” สอดคล้องกับ ลำไพ สุวรรณสาร และ อรุณรัตน์ สู่หนองบัว (2565) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่ได้ทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข สนุกสนานรื่นรมย์ จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า สามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลได้

ส่วนที่ 3 มุมมองที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ ดังนี้

1. ความภาคภูมิใจในตนเอง ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนผู้สูงอายุบ้านแม่ปะ มีความภูมิใจที่สามารถถ่ายทอดความรู้ ต่อเพื่อนและกลุ่มนักเรียนในโรงเรียนประถม ภูมิใจที่ตนเองได้ลงมือทำอะไรบางอย่างได้สำเร็จ ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการให้ค่าคะแนนแบบ Rating scale ในหัวข้อ ความสุขจากความภูมิใจในตนเองมาเป็นอันดับแรก สอดคล้องกับแนวคิดของมาสโลว์ (Maslow, 1943) ที่ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการประเมินคุณค่าในตนเองจากการยอมรับตนเอง และได้รับการยอมรับจากผู้อื่น และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีผลกระทบเชิงบวกโดยตรงต่อความสุข และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิตติวัฒน์ แก่นมณี (2561) พบว่า

ปัจจัยความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

2. ความรื่นรมย์ ผู้สูงอายุที่มาเรียนที่โรงเรียนผู้สูงอายุ ชอบกิจกรรมที่มีการร้องเพลง มีดนตรี มีการพอรำ และการเต้น เพราะเป็นสิ่งที่รื่นรมย์ทำให้จิตใจเบิกบานมีความสุข จากเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ เมื่อบุคคลได้ยินเสียงเพลง ผ่านหูไปที่สมองที่แปลข้อมูล ร่างกายจะหลั่งสารเอ็นโดฟิน (Endorphin) ออกมา ทำให้ร่างกายตื่นตัวและมีความสุข การได้เรียนรู้ท่ารำ ท่าเต้นใหม่ ๆ เป็นกิจกรรมที่น่าสนใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลิน สบายใจที่ได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ภายในโรงเรียน ความสุขในการเรียนรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญมากต่อประสิทธิภาพการเรียนรู้ของผู้เรียนซึ่งเกิดจากการที่ผู้เรียนได้เรียนรู้โดยใช้สมองสองซีกอย่างสมดุล สอดคล้องกับ ปัทมา ทองสม (2554) ได้ศึกษา เรื่อง การพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขในการเรียนของนักศึกษา พบว่า ลักษณะการเรียนการสอน มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความสุขในการเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีค่าเท่ากับ 0.075 , $p\text{-value} < 0.01$ และสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ของ วิถีวัฒน์ แก่นมณี (2561) พบว่า ปัจจัยความเพลิดเพลิน มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

3. มิตรภาพ ผู้สูงอายุที่มาโรงเรียนบ้านแม่ปะบางคนแม้จะอยู่หมู่บ้านเดียวกันแต่ก็ไม่มีโอกาสได้รู้จักกัน การมาพบปะกันที่โรงเรียนผู้สูงอายุ จึงทำให้เกิดมิตรภาพ และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีขึ้น มีการช่วยเหลือแบ่งปันทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน อธิบายได้ว่า การมีมิตรภาพหรือการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีผลกระทบเชิงบวกกับผู้สูงอายุ ด้านจิตวิทยา สุขภาวะสุขภาพ และบทบาทหน้าที่ต่อสังคม โดยการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การร่วมมือ และการบำเพ็ญตนเพื่อประโยชน์ของส่วนรวมนั้นก่อให้เกิดความสุขแก่ผู้เรียนได้ (วิถีวัฒน์ แก่นมณี, 2561; ผ่องนภา คิดหา และธีรวรรณ ธีระพงษ์, 2562; ปานทิพย์ พอดี, 2564)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้เกี่ยวข้องในการสนับสนุน ส่งเสริม จัดกำลังคน อุปกรณ์ และ งบประมาณการจัดโครงการ และ/หรือ ขยายการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุให้ครอบคลุมพื้นที่จังหวัดตาก

2. ด้านการจัดการศึกษา ผู้จัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาหลักสูตรสนับสนุน ส่งเสริมศักยภาพให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อสร้างคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง โดยรวมทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข รู้จริง ปฏิบัติได้ ถ่ายทอดเป็น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีแบบยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การทำวิจัยครั้งต่อไป เสนอแนะให้ทำวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) เกี่ยวกับการจัดหลักสูตรโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง ที่มีสติสัมปชัญญะสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง เช่น ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก อัมพาตครึ่งท่อน เป็นต้น เพื่อขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวได้มีโอกาสได้เรียนและเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงมีความสุขตามอัตภาพ และอาจลดการติดบ้านติดเตียงลงได้

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *อยู่อย่างไรให้เป็นสุขในวัยสูงอายุ*. <https://dop.go.th/th/know/15/738>

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). *สถิติผู้สูงอายุ เมษายน 2568*.

https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2569

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *“Happiness” สุขนี้สร้างได้*. ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1448>

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานประจำปี 2567 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.
<https://eh.anamai.moph.go.th/th/anniversary-report>
- ขวัญสุตา บุญทศ และ ขนิษฐา นันทบุตร. (2560). ความสุข ความทุกข์ และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(3), 257-270.
<https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol62/iss1/12/>
- จิตติยา สมบัติบุรณ์, นุชนาถ ประกาศ, และบุศริน เอี้ยวสีหยก. (2562). ความสุขของผู้สูงอายุไทยในยุค Thailand 4.0. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2), 219-228.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/view/199567/139331>
- จิตติวัฒน์ แก่นมณี. (2561). การศึกษาความสุขและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งแก้ว อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร.
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สืบค้นจาก
https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2018/TU_2018_6017035103_9528_9893.pdf
- ทิตนา แคมมณี. (2560). ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 21). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปานทิพย์ พอดี. (2564). รูปแบบการเรียนรู้อย่างมีความสุข (FART). *วารสารวิชาการสังคมมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 11(1), 78-90.
<https://so03.tci-thaijo.org/index.php/humannstru62/article/view/248012>
- ปัทมา ทองสม. (2554). ศึกษาดัชนีชี้วัดความสุขของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 88-111.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/1561>
- ผ่องนภา คิดหา และ ชีวรรณ ชีระพงษ์. (2562). ความสุขของผู้สูงวัย : ความหมายจากการงาน. *มนุษยศาสตร์สาร*, 20(3), 174-199. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JHUMANS/article/view/217791>
- ภัทรนันท์ อุ่นอ่อน. (2564). แนวทางการพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. นครปฐม. มหาวิทยาลัยศิลปากร. สืบค้นจาก
<http://ithesis-ir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/3859/1/61260302.pdf>
- ลำไผ่ สุวรรณสาร และ อรุณรัตน์ สู่หนองบัว (2565). ผู้สูงอายุสุขภาพดี ในมุมมอง 5 มิติ. *วารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ*, 1(1), 28-34.
- เวหา เกษมสุข, ศิริณา จิตต์จรัส, จิตรา มะคะผล, และ ปริญญา จิตอร่าม. (2562). แนวทางการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(2), 261-271.
<http://lll.edu.ku.ac.th/kueduwp-content/uploads/2021/07/ACT1077.pdf>
- สุรางค์ เชื้อวนิชชากร, พูนสุข ช่วยทอง, และ เปรมวดี คฤเดช. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในตำบลบางนางลี่ จังหวัดสมุทรสงคราม. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 62(1), 121-133.
<https://digital.car.chula.ac.th/cgi/viewcontent.cgi?article=4837&context=clmjournal>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). (2560). แก่แล้วใจใคร่ ง่ายๆ ก็เรียนได้.
<https://shorturl.asia/o0KQI>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). (2561). เรียนรู้และเข้าใจวัยสูงอายุ.
<https://shorturl.asia/WXGzj>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). (2566). สานพลังเพื่อสังคมสุขภาวะที่ยั่งยืน. รายงานประจำปี 2566. <https://shorturl.asia/OJNOg>
- หลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเมืองแม่ปะ องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ปะ. (2561). หลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุแม่ปะ. (เอกสารอัดสำเนา). ม.ป.ท.

อัญชลี เขียวไธธร, ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, และ รัญจวน คำวชิรพิทักษ์. (2568). *ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ*.

https://doi.nrct.go.th/admin/doc/doc_662683.pdf

อุไรวรรณ อมรนิมิตร, ณัฐสินี แสนสุข, และ ธนศักดิ์ รังสีพรหม. (2565). การศึกษาความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ.

วารสารสังคมศาสตร์, 11(1), 116-127.

<https://so05.tci-thaijo.org/index.php/SocialJournal2rmutto/article/view/253827>

Maslow, A. H. (1943). *A Theory of Human Motivation*.

<https://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>

Population Reference Bureau. (2024). *Highlights From the 2024 World Population Data Sheet*

<https://www.prb.org/articles/highlights-from-the-2024-world-population-data-sheet/>

World Health Organization. (2025). *Ageing: Global Population*. [https://www.who.int/news-](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing)

[room/questions-and-answers/item/population-ageing](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing)

Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. Harper and Row.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเจลิยง
อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

Factors related to smoking behavior of people in Na-Chaliang subdistrict,
Nongphai district, Phetchabun Province

ธัญชนก จันทรัมย์^{1*} และ สารจน์ นาคจุ²

Thanchanok Janchom^{1*} and Saroj Nakju²

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจลิยง จังหวัดเพชรบูรณ์¹

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง²

Na Chaliang Subdistrict Health Promoting Hospital, Phetchabun Province¹

Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: nokkapud_110334@hotmail.com

(Received: May 21, 2025; Revised: July 14, 2025; Accepted: July 31, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในพื้นที่ตำบลนาเจลิยง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 242 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 3) ด้านการรับรู้กฎหมาย/มาตรการควบคุมการสูบบุหรี่ 4) ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และ 5) ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไคสแควร์ (chi-square)

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 68.60 อายุเฉลี่ย 53.29 ปี (S.D. = 14.67) สถานภาพสมรส ร้อยละ 57.85 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 54.13 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40.91 รายได้ต่อเดือนสุทธิเฉลี่ยอยู่ที่ 6,086.78 บาท มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 47.93 และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อด้านการรับรู้กฎหมาย/มาตรการควบคุมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001 และ p -value < 0.003) ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยนำด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การศึกษานี้แนะนำการจัดกิจกรรมให้ความรู้ทางกฎหมายหรือมาตรการควบคุมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, พฤติกรรมการสูบบุหรี่, การสนับสนุนทางสังคม, กฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่, ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่

Abstract

This descriptive study aimed to examine smoking behavior and the factors associated with smoking behavior among residents of Na-Chaliang Sub-district, Nong Phai District, Phetchabun Province. The sample consisted of 242 individuals aged 20 years and older, selected using simple random sampling. The research instrument was a questionnaire consisting of: 1) demographic data, 2) attitudes toward smoking behavior, 3) awareness of laws and smoking-control measures, 4) social support, and 5) smoking behavior. Content validity was evaluated by three experts, yielding a content validity index (CVI) of 1.00, and the instrument's reliability coefficient was 0.81. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential analysis with chi-square tests.

The results found that the sample was male at 68.60%, with an average age of 53.29 years (S.D. = 14.67). A total of 57.85% were married, 54.13% had completed primary education, and 40.91% were general laborers. The average net monthly income was 6,086.78 baht. A total of 47.93% had smoking behavior. Personal factors, namely gender and income, were significantly associated with smoking behavior (p -value < 0.001). Reinforcing factors in terms of social support and enabling factors in terms of awareness of laws/control measures were significantly associated with smoking behavior (p -value < 0.001 and p -value < 0.003), respectively). However, predisposing factors in terms of attitudes toward smoking behavior were not associated with smoking behavior.

The findings suggest that educational activities focusing on smoking laws and control measures, together with strengthened social support, may contribute to changes in smoking behavior among community members.

Keywords: associated factors, smoking behavior, social support, smoking-control laws, attitudes toward smoking

บทนำ

“บุหรี่” เป็นยาเสพติดประเภทหนึ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบเองและบุคคลใกล้เคียง และบุรียังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ที่สำคัญที่สุดของโลก (ประกิต วาทีสาธกิจ, 2552) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกเมื่อ พ.ศ. 2566 พบว่า ในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบมากกว่า 8 ล้านคน ในขณะที่เดียวกันมีผู้ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 1.3 ล้านคน ต้องเสียชีวิตเนื่องจากสัมผัสกับควันบุหรี่มือสอง ซึ่งกว่าร้อยละ 80 ของผู้โชยยาสูบ (1.3 พันล้านคนทั่วโลก) ซึ่งอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง นอกจากนี้ การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบยังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของโรคที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้น การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบจึงเป็นประเด็นปัญหาด้านการสาธารณสุขที่สำคัญประเด็นหนึ่งของโลก โดยพบว่าสาเหตุการตายจากโรค 6 ใน 8 อันดับแรกของโลกเกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ไม่ว่าจะเป็นโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วัณโรค หรือมะเร็งหลอดลม (มะอะนิง สะอะ, 2566)

จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร ปี พ.ศ.2564 ของประเทศไทย พบว่า ในจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งสิ้น 57 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 9.9 ล้านคน พบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกคือ 18.5 ปี กลุ่มอายุที่มีอัตราสูบบุหรี่มากที่สุด คือกลุ่มอายุ 25-40 ปี ร้อยละ 19 ประเภทของบุรียที่ผู้บริโภคนิยมมากที่สุดคือ บุหรี่โรงงาน ร้อยละ 56.5 และบุรียี่มือตนเอง ร้อยละ 46.4 และส่วนใหญ่ผู้สูบบุรียี่มือตนเองจะสูบ 1-10 ครั้ง/วัน ร้อยละ 68.8 ส่วนบุรียี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่สูบ 1-10 ครั้ง/วัน ร้อยละ 44.7 ส่วนใหญ่ผู้สูบบุรียี่มือตนเองแรกภายใน 6-30 นาที หลังตื่นนอน ร้อยละ 38.4 ค่าใช้จ่ายซื้อบุรียี่ทุกประเภทต่อเดือน 486 บาท และสถานที่ซื้อบุรียี่ของมากที่สุด ได้แก่ ร้านขายของชำ ร้อยละ 72.27 และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2564 พบว่าร้อยละ 23.7 ของการ

สูบบุหรี่มีการสูบบุหรี่ในบ้านจึงมีคนไทยหลายล้านคนที่ได้รับ SHS ในบ้าน และจากการสำรวจล่าสุดพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชน พ.ศ.2564 พบว่า ร้อยละ 83.6 มีการสูบบุหรี่ภายในบ้านโดยพบว่าสูบบุหรี่ทุกวันถึงร้อยละ 75.9 (วิช ภิเษมทรัพย์, 2566)

จากการรายงานสถานการณ์การสูบบุหรี่ 3 ปีย้อนหลังของจังหวัดเพชรบูรณ์ (พ.ศ. 2565 - 2567) พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่ จำนวน 24,080 คน, 33,894 คน และ 27,199 คน ตามลำดับ และรายงานสถานการณ์การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ 3 ปีย้อนหลังของอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (พ.ศ. 2565 - 2567) พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่ จำนวน 2,664 คน, 2,611 คน และ 2,507 คน ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาข้อมูลการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ 3 ปีย้อนหลังของตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (พ.ศ. 2565 - 2567) พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่ จำนวน 324 คน, 301 คน และ 302 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2567)

จากการศึกษางานวิจัย ผู้วิจัยจึงได้สรุปและประยุกต์ใช้องค์ประกอบหลักของแบบจำลอง PRECEDE MODEL (เกษสุตา ศรีจักร์, 2566) ที่ใช้วิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคยาสูบของประชาชน ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ดังนี้ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้เกิดการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล นั่นคือบุคคลจะเลือกแสดงพฤติกรรมต่างๆออกมา จะต้องอาศัยการมีเหตุผลที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรม เกิดแรงจูงใจในการกระตุ้นที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว คือ ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง ปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในด้านความพอเพียงที่มีอยู่ (availability) การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก (Acceptability) รวมทั้งทรัพยากรต่าง ๆ เช่น สถานบริการสุขภาพ บุคลากร โรงเรียน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ นั้นได้ง่ายขึ้น เป็นต้น 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุน เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพนั้นเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคล หรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในเรื่องนั้น การยอมรับหรือไม่ยอมรับ เช่น พ่อ แม่ บุคคลในครอบครัว ครู เพื่อน แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางสาธารณสุข เป็นต้น ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการ กระตุ้นเตือน ยกย่องชมเชย ให้กำลังใจการเอาเป็นแบบอย่าง ตำหนิตเตือน การลงโทษ ซึ่งปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้นๆ (เกษสุตา ศรีจักร์, 2566)

ซึ่งในชุมชนยังพบปัญหาการสูบบุหรี่ แม้จะมีการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่และการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในทุก ๆ ปี แต่ก็พบว่า ยังมีประชาชนบางกลุ่มที่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะและในครัวเรือนแม้จะมีนโยบายและมาตรการควบคุมการสูบบุหรี่ ทำให้ประชาชนได้รับควันบุหรี่มือสองและผู้สัมผัสสูบบุหรี่โดยตรง อาจก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคตามที่กล่าวข้างต้น ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพของคนในชุมชน ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นที่จะแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในชุมชน จึงมีความสนใจทำการศึกษาค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ และนำมาเป็นแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของคนในชุมชน และการออกแบบโปรแกรมหรือกิจกรรมส่งเสริมและควบคุมการสูบบุหรี่ในกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการกำหนดรูปแบบการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

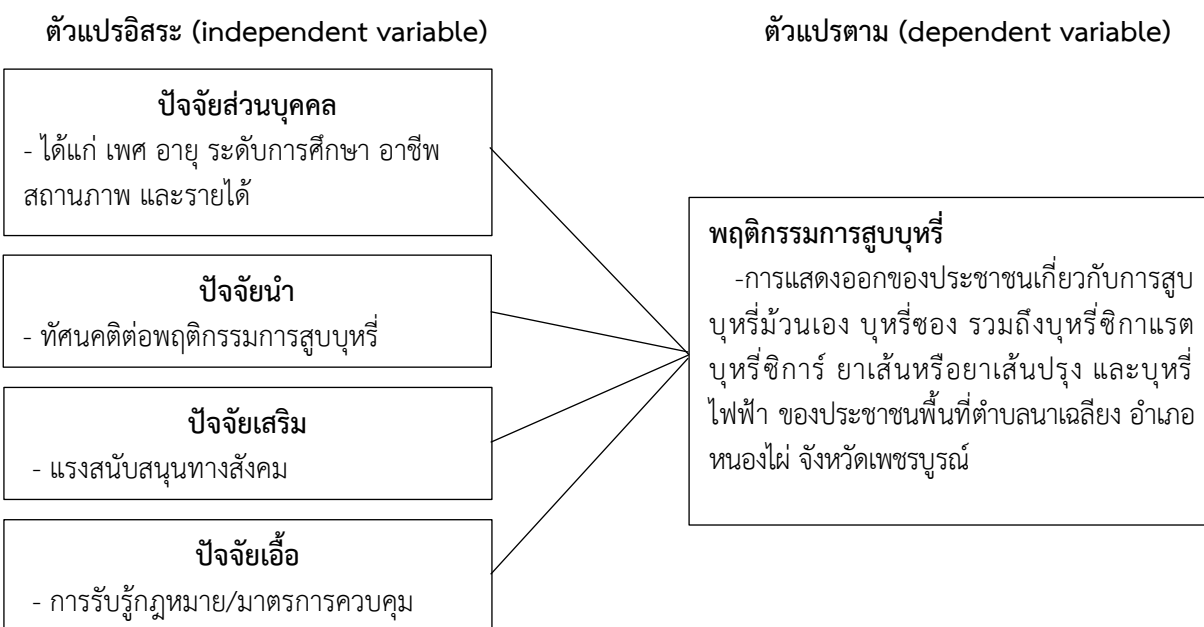
1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

สมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่นำมาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยโดยใช้แนวคิด PRECEDE Model (Predisposing reinforcing and enabling constructs in education diagnosis and evaluation model) ซึ่งพัฒนาโดย Lawrence W. Green ในปี 1981 (เกษสุตา ศรีจักร์, 2566) เพื่อศึกษาพฤติกรรมของบุคคลที่มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (multiple factor) องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบที่นำมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาอธิบาย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยกำหนดให้พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นตัวแปรตาม



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาสำหรับการวิจัยครั้งนี้ โดยกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน 15 กุมภาพันธ์ - 31 พฤษภาคม 2568 โดยใช้ระยะเวลาทำการวิจัยทั้งสิ้น 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปในพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 4,276 คน จำนวนทั้งหมด 10 หมู่บ้าน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปในพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของแดเนียล ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (เกษสุตา ศรีจักร์, 2566) เมื่อคำนวณตามสูตรได้จำนวน 242 คน ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. สามารถเข้าใจภาษาไทยอ่านออก เขียนได้ มีสติสัมปชัญญะดี
3. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. ไม่อยู่ในพื้นที่ตำบลนาเฉลียง ระยะเวลาเกิน 3 เดือน

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการแยกประชากรออกเป็นรายหมู่บ้านจำนวน 10 หมู่บ้าน จากนั้นทำการกระจายสัดส่วนขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสถูกเลือกเป็นตัวแทนประชากร จำนวน 242 คน เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของประชาชนในแต่ละหมู่บ้านแล้ว ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (simple random sampling) โดยนำชื่อของประชากรที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 10 หมู่บ้าน มาทำการจับสลากแบบไม่ใส่คืนจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check List) และแบบเติมตัวเลขในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 13 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากการศึกษาของ ธวัชชัย ยืนยาว และคณะ (2563) โดยแบบสอบถามเป็นชนิดเลือกตอบ ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามปลายปิด (closed - ended questionnaire) มีตัวเลือก 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยเท่ากับ 4 คะแนน ไม่แน่ใจเท่ากับ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยเท่ากับ 2 คะแนน และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน โดยใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (rating scale) ของลิเกิร์ต สเกล (Likert, 1967) เกณฑ์การประเมินระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ได้ใช้ค่าเฉลี่ยในการแปลผลตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.68 - 5.00 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.67 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อต่อการรับรู้กฎหมาย/มาตรการควบคุม จำนวน 14 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากการศึกษาของรัตนพร ฉัตรมงคล และคณะ (2563) โดยแบบสอบถาม เป็นชนิดเลือกตอบ ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามปลายปิด (closed-ended questionnaire) มีตัวเลือก 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยเท่ากับ 4 คะแนน ไม่แน่ใจเท่ากับ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยเท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 1 คะแนน โดยใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (rating scale) ของลิเกิร์ต สเกล (Likert, 1967) เกณฑ์การประเมินระดับการรับรู้กฎหมาย/มาตรการควบคุม ได้ใช้ค่าเฉลี่ยในการแปลผลตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.68 - 5.00 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.67 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 13 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากการศึกษาของชนิษฐ์ชา บุญเสริม และคณะ (2552) โดยแบบสอบถามเป็นชนิดเลือกตอบ ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามปลายปิด (Closed-ended questionnaire) มีตัวเลือก 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน มากเท่ากับ 4 คะแนน ปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน น้อยเท่ากับ 2 คะแนน และน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน โดยใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) ของลิเกิร์ต สเกล (Likert, 1967) เกณฑ์การประเมินระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้ใช้ค่าเฉลี่ยในการแปลผลตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.68 - 5.00 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.67 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากการศึกษาของเรณู บุญจันทร์ และคณะ (2552) โดยลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check List) ตอบ 1 แปลผลว่า ไม่เคยสูบบุหรี่เลย ตอบ 2 แปลผลว่า เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกสูบ ระบุจำนวนปี ตอบ 3 แปลผลว่าสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน และแบบเติมตัวเลขในช่องว่าง

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 1.00 และนำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำเครื่องมือทดลองเก็บรวบรวมข้อมูล (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงและพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาพรวมเท่ากับ 0.81 และมีค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้เท่ากับ 0.70 ด้านการรับรู้กฎหมาย/มาตรการควบคุมการสูบบุหรี่ ได้เท่ากับ 0.90 และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยดำเนินการทำหนังสือถึงผู้นำชุมชนในพื้นที่ตำบลนาเฉลียงและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเฉลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาในการตอบรวมถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมตัดสินใจอย่างเสรี มีการลงนามหรือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ และข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับ จากนั้นขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัยได้ทำการอธิบายการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามพร้อมรับกลับด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าต่ำสุด (minimum: min) ค่าสูงสุด (maximum: max) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: S.D.) เพื่อใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเอื้อด้านการรับรู้กฎหมาย/มาตรการควบคุม

2. สถิติเชิงอนุมาน หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไคสแควร์ (chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยยื่นขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์และรับการอนุมัติตามหนังสืออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยหมายเลขโครงการวิจัย CPH-EC-008/2568 เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับพร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.60 อายุเฉลี่ย 53.29 ปี มีอายุมากที่สุด คือ 86 ปี และอายุน้อยที่สุด คือ 20 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 54.13 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 21.90 และน้อยที่สุด คือ ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 0.41 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40.91 รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 25.62 และน้อยที่สุด คือ นักศึกษา ร้อยละ 0.83 รายได้สุทธิเฉลี่ยต่อเดือน คือ 6,086.78 บาท โดยมีรายได้สุทธิต่อเดือนสูงสุด คือ 28,000 บาท และรายได้สุทธิต่อเดือนต่ำสุด คือ 1,000 บาท ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=242)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	166	68.60
หญิง	76	31.40
2. อายุ		
20 – 30 ปี	26	10.74
31 – 40 ปี	21	8.68
41 – 50 ปี	47	19.42
51 – 60 ปี	61	25.21
61 ปีขึ้นไป	87	35.95
Mean = 53.29, S.D.= 14.67, Min = 20 ปี, Max = 86 ปี		
3. สถานภาพ	62	25.62
โสด	140	57.85
สมรส	40	16.53
หย่า/แยก/หม้าย		
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	9	3.72
ประถมศึกษา	131	54.13
มัธยมศึกษาตอนต้น	24	9.92
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	53	21.90
อนุปริญญา/ปวส.	10	4.13
ปริญญาตรี	14	5.79
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.41
5. อาชีพหลัก		
ไม่มีอาชีพ	19	7.85
รับจ้าง	99	40.91
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	21	8.68
เกษตรกร	62	25.62
ข้าราชการ/พนักงานรัฐ	6	2.48
พนักงานเอกชน	8	3.31
นักศึกษา	2	0.83
ว่างงาน	25	10.33

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
6. รายได้สุทธิต่อเดือน		
น้อยกว่า 6,000 บาท	142	58.68
6,000 – 12,000 บาท	86	35.54
12,001 – 18,000 บาท	9	3.72
มากกว่า 18,000 บาท	5	2.07
Mean = 6086.78, S.D.= 4099.98, Min = 1000 บาท, Max = 28000 บาท		

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ผลการวิจัย พบว่า ระดับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.07 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.93 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามระดับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามคำถามรายข้อ (n=242)

ระดับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 คะแนน)	116	47.93
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 คะแนน)	126	52.07
รวม	242	100.00
Mean = 3.69, S.D. = 0.55, Min = 2.38, Max = 4.77		

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการรับรู้กฎหมาย/มาตรการควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า ระดับการรับรู้กฎหมาย/มาตรการควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.98 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.02 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามระดับการรับรู้กฎหมาย/มาตรการควบคุม ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามคำถามรายข้อ (n=242)

ระดับการรับรู้กฎหมาย/มาตรการควบคุม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 คะแนน)	225	92.98
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 คะแนน)	17	7.02
รวม	242	100.00
Mean = 4.46, S.D.= 0.47, Min = 2.71, Max = 5		

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัย พบว่า ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.76 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 41.74 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามคำถามรายข้อ (n=242)

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 คะแนน)	101	41.74
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 คะแนน)	118	48.76
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 คะแนน)	23	9.50
รวม	242	100.00
Mean = 3.50, S.D. = 0.85, Min = 1.69, Max = 5.00		

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลนาเฉลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 52.07 สูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุระหว่าง 10 – 20 ปี ร้อยละ 84.48 สูบบุหรี่ประเภทบุหรี่ปริมาณเอง ร้อยละ 74.14 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา สูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 77.59 และในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา สูบบุหรี่วันละจำนวน 2 - 5 มวน ร้อยละ 51.72 ดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำแนกตามคำถามรายข้อ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน (n = 242)		
ไม่เคยสูบบุหรี่เลย	126	52.07
สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน	116	47.93
2. อายุที่สูบบุหรี่ครั้งแรก (n = 116)		
10 – 20 ปี	98	84.48
21 – 30 ปี	11	9.48
31 – 40 ปี	7	6.03
3. ชนิดของบุหรี่ยี่สูบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 116)		
บุหรี่ปริมาณเอง	86	74.14
บุหรี่ยี่ห้อ	41	35.34
บุหรี่ยี่ห้อไฟฟ้า	2	1.72
4. จำนวนวันที่สูบบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา (n = 116)		
1 - 2 วัน	6	5.17
3 - 4 วันหรือบางวัน	18	15.52
5 - 6 วัน	2	1.72
สูบบุหรี่ทุกวัน	90	77.59
5. ปริมาณการสูบบุหรี่ในแต่ละวันในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา (n = 116)		
1 มวนหรือแคล่อง	2	1.72
2 - 5 มวน	60	51.72
6 - 10 มวน	41	35.34
มากกว่า 10 มวนขึ้นไป	13	11.21

ส่วนที่ 6 ผลการทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ดังตาราง 6

ตาราง 6 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (n=242)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการสูบบุหรี่		Chi-Square		
	ไม่สูบ	สูบ	χ^2	df	p-value
1. เพศ					
ชาย	61(36.75)	105(63.25)	49.703	1	<0.001
หญิง	65(85.53)	11(14.47)			
2. อายุ					
20 – 30 ปี	16(61.54)	10(38.46)	2.950	4	0.566
31 – 40 ปี	10(47.62)	11(52.38)			
41 – 50 ปี	25(53.19)	22(46.81)			
51 – 60 ปี	27(44.26)	34(55.74)			
61 ปีขึ้นไป	48(55.17)	39(44.83)			
3. สถานภาพ					
โสด	30(48.40)	32(51.60)	1.368	2	0.505
สมรส	72(51.40)	68(48.60)			
หย่า/แยก/หม้าย	24(60.00)	16(40.00)			
4. ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6	109(50.20)	108(49.80)	2.836	1	0.092
หรือเทียบเท่า					
สูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6	17(68.00)	8(32.00)			
5. อาชีพหลัก					
ไม่มีรายได้	19(41.30)	27(58.70)	2.675	2	0.263
รายได้ไม่คงที่	99(54.40)	83(45.60)			
รายได้คงที่	8(57.10)	6(42.90)			
6. รายได้					
1,000 -10,000 บาท	108(48.90)	113(51.10)	10.432	1	<0.001
10,001-50,000 บาท	18(85.70)	3(14.30)			

ส่วนที่ 7 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อด้านการรับรู้กฎหมาย/มาตรการควบคุม กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้กฎหมาย/มาตรการควบคุม และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.003, p -value <0.001) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยนำด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ดังตาราง 7

ตาราง 7 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อด้านการรับรู้กฎหมาย/มาตรการควบคุม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (n=242)

ตัวแปร	พฤติกรรมการสูบบุหรี่		Chi-Square		
	ไม่สูบ	สูบ	χ^2	df	p-value
ปัจจัยนำด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่					
ระดับสูง	61(56.03)	65(43.97)	1.406	1	0.236
ระดับกลาง	65(48.41)	51 (51.59)			
ปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม					
ระดับสูง	75(74.26)	26(25.74)	34.793	2	<0.001
ระดับกลาง	41(34.75)	77(65.25)			
ระดับต่ำ	10(43.48)	13(56.52)			
ปัจจัยเอื้อด้านการรับรู้กฎหมาย/มาตรการควบคุม					
ระดับสูง	123(54.67)	102(45.33)	8.679	1	0.003
ระดับกลาง	3(17.65)	4 (82.35)			

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในพื้นที่ตำบลนาเฉลียง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ เพศ และรายได้ ดังนี้

เพศ พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายสูบบุหรี่ร้อยละ 63.25 เพศหญิงสูบบุหรี่ ร้อยละ 14.47 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเข้าถึงสังคมของเพศชายจะต้องแสดงสัญลักษณ์ของความเป็นชายที่ถือว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ปกติและแสดงถึงความเข้มแข็ง การสูบบุหรี่ในกลุ่มเพื่อนที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันมักจะมีพฤติกรรมคล้ายคลึงกัน ดังนั้นเพศชายจึงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเกษสุตา ศรีจักร์ (2566) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของแพรวพรรณ ขวบ้านบึง และคณะ (2566) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสายอาชีพ สถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า เพศชาย มีการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องจากนักศึกษาเพศหญิงยังยึดมั่นในกฎระเบียบของสถาบันการศึกษาหรือมีความละเอียดต่อการสูบบุหรี่มากกว่านักศึกษาเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รายได้ พบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย เท่ากับ 6,086.78 บาทต่อ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประชากรส่วนใหญ่มีรายได้น้อยมีแนวโน้มสูบบุหรี่มากกว่าคนที่มียาได้สูงเพราะอาจเกิดความเครียดหรือการเข้าไม่ถึงข้อมูลสุขภาพ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีคนสูบบุหรี่มากในชุมชนหรือครอบครัวที่รายได้น้อยอาจมีแบบอย่างหรือวัฒนธรรมที่สนับสนุนการสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของฉัตรทริกา กิจแสงทอง และคณะ (2567) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนสถาบันการอาชีวศึกษา ภาคกลาง 1 พบว่า รายได้ มีผลต่ออำนาจของการซื้อ โดยผู้ที่มีรายได้สูง จะมีอำนาจในการซื้อบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ และสอดคล้องกับงานวิจัยของของอัสฟิญา หะยิดาโอะ และคณะ (2566) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ

เยาวชนในพื้นที่ชุมชนบ้านแพร์ ตำบลช้างซ้าย อำเภอมะนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า เนื่องจากรายได้ส่วนใหญ่ของเยาวชนมาจากครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพ

อายุ พบว่า ประชาชนมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 53.29 ปี โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.95 และช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 33.62 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประชากรในพื้นที่ตำบลนาเลียงมีช่วงวัยที่แตกต่างกัน สะท้อนว่าการสูบบุหรี่อาจไม่ได้เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนตามอายุ แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ค่านิยมในรุ่นที่เติบโตมา หรือสถานการณ์ชีวิตเฉพาะบุคคลมีโอกาสสูบบุหรี่ได้ ไม่ว่าจะเป็นวัยรุ่นผู้ใหญ่ หรือสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของแพรวพรรณ ขวบ้านบึง และคณะ (2566) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสายอาชีพสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาสายอาชีพในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรือ ปวช. มีอายุระหว่าง 15-24 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่อยู่ที่ 14.10 ปี และทุกอายุที่วิเคราะห์ก็มีการสูบบุหรี่ในสัดส่วนพอ ๆ กัน จึงทำให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจวรรณ ช่วยแก้ว และคณะ (2564) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา จังหวัดตรัง

สถานภาพ พบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.85 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ บุคคลที่มีสถานภาพสมรส เป็นโสด สมรส หรือหย่าร้าง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่ได้แตกต่างกัน อาจสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงทางค่านิยมและรูปแบบความสัมพันธ์ในสังคมยุคใหม่ ที่สถานภาพสมรสไม่ได้มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตและพฤติกรรมส่วนบุคคลเท่าที่เคยเป็นในอดีต โดยเฉพาะในกลุ่มคนรุ่นใหม่ซึ่งอาจให้ความสำคัญกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น การจัดการความเครียดส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมของเพื่อนฝูง หรือ แรงกดดันทางสังคม จะส่งผลให้ทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพใดก็ตาม แสดงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ออกมา ดังนั้นสถานภาพจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเกษสุตา ศรีจักร์ (2566) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า สถานภาพไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ระดับการศึกษา พบว่า ประชากรส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 54.13 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด ความเครียดและสภาวะทางเศรษฐกิจ มีผลต่อการสูบบุหรี่ในทุกระดับการศึกษา แม้ระดับการศึกษาสูงจะส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ แต่ความรู้ไม่ได้มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่เสมอไป เพราะพฤติกรรมขึ้นกับแรงจูงใจ ทศนคติ และบริบทส่วนตัว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจุฑามาศ มณีกุล (2566) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่แตกต่างกันมากนัก กล่าวคืออยู่ในช่วงวัยรุ่นเหมือนกัน แม้จะมีการเพิ่มความรู้ด้วยการเรียน แต่ด้วยวัยที่ผู้วิจัยศึกษาอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลาง และตอนปลาย จึงมีพัฒนาการที่คล้ายคลึงกันเป็นช่วงต่อระหว่างวัยเด็ก และวัยผู้ใหญ่เป็นช่วงระยะการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมไปพร้อม ๆ กัน ทำให้ออกจากระดับการศึกษาแล้วยังต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เข้ามามีส่วนในการเรียนรู้

อาชีพ พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40.91 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะไม่ว่าจะประกอบอาชีพรับราชการ พนักงานเอกชน อาชีพอิสระ หรือแรงงานทั่วไป พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของแต่ละกลุ่มไม่ได้แตกต่างกัน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับลักษณะงานเพียงอย่างเดียว แต่อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในบุคคล เช่น ความเครียดส่วนตัว ทศนคติส่วนบุคคล หรืออิทธิพลจากครอบครัวและสังคมใกล้เคียงกันซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของเกษสุตา ศรีจักร์ (2566) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2. ปัจจัยนำด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเกลือ อำเภอนางรอง จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะทัศนคติของแต่ละคนส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ต่างกัน ทัศนคติสามารถถือเป็นเชิงลบหรือเชิงบวกได้ โดยเกิดจากพัฒนาการหรืออิทธิพลภายนอกของบุคคลนั้นๆ ทัศนคติของบุคคลยังสามารถกำหนดทางเลือกที่บุคคลนั้นตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมทั่วไปในชีวิตประจำวันได้ ทัศนคติเชิงบวกสามารถทำให้บุคคลนั้นเปิดใจและยอมรับบุคคลหรือสถานการณ์บางอย่างมากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ทำให้เข้าถึงสังคมได้ง่าย ในขณะที่ทัศนคติเชิงลบมักจะทำให้บุคคลนั้นหลีกเลี่ยงหรือปิดกั้นสิ่งใดก็ตามที่พวกเขาเห็นว่าไม่ดี เช่น การสูบบุหรี่ทำให้สังคมรังเกียจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอัสพิญา หะยิดาโอะ และคณะ (2563) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในพื้นที่ชุมชนบ้านแพร่ ตำบลช้างซ้าย อำเภอมะนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า เยาวชนมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับบุหรี่ไม่ตระหนักในพิษของบุหรี่ และสอดคล้องกับงานวิจัยของแพรวพรรณ ชาวบ้านบึง และคณะ (2566) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสายอาชีพสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ทัศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่ไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่สำหรับกลุ่มนักศึกษาสายอาชีพ แต่ด้วยวัยและความคึกคะนองอยากลอง และปัจจัยอื่น ๆ อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้นักศึกษาสายอาชีพสูบบุหรี่

3. ปัจจัยเอื้อด้านการรับรู้กฎหมาย/มาตรการควบคุม พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเกลือ อำเภอนางรอง จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรับรู้หรือการตระหนักรู้ในเรื่องของกฎหมาย นโยบายและข้อห้าม มีบทบาทในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพได้จริง ซึ่งบุคคลที่รับรู้กฎระเบียบ เช่น พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ และบทลงโทษทางกฎหมาย มีแนวโน้มหลีกเลี่ยงหรือควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่ขาดการรับรู้หรือเข้าใจผิดเกี่ยวกับกฎหมาย การรับรู้กฎระเบียบยังอาจสะท้อนถึงการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และคุณภาพของการสื่อสารจากหน่วยงานรัฐหรือท้องถิ่น หากบุคคลรับรู้ว่าการสูบบุหรี่ในพื้นที่สาธารณะมีผลทางกฎหมายก็อาจเลือกที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมนั้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของลักขม ลักษณะวิมล และคณะ (2563) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนอำเภอนาตาล จังหวัดนครราชสีมา และสอดคล้องกับงานวิจัยของอารญา โถวรุ่งเรือง และคณะ (2559) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการตำรวจ: กรณีศึกษากองบัญชาการตำรวจนครบาล พบว่า หน่วยงานกองบัญชาการตำรวจนครบาล มีการจัดสถานที่ให้ข้าราชการตำรวจสูบบุหรี่ แต่ก็มีการจัดระเบียบหรือมาตรการทางสังคม ร่วมกับการมีป้ายห้ามสูบบุหรี่อยู่ในหน่วยงาน

4. ปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนพื้นที่ตำบลนาเกลือ อำเภอนางรอง จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเห็นโฆษณาสูบบุหรี่ หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบในโทรทัศน์ สื่อสังคมออนไลน์ต่าง แผ่นโปสเตอร์ หรือป้ายโฆษณาขนาดใหญ่ อาจส่งผลให้เกิดความอยากรู้อยากลองของประชากรบางกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของลักขม ลักษณะวิมล และคณะ (2563) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนอำเภอนาตาล จังหวัดนครราชสีมา และสอดคล้องกับงานวิจัยของฉัตรทริกา กิจแสงทอง และคณะ (2567) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนสถาบันการอาชีวศึกษา ภาคกลาง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับข่าวสารมากที่สุด ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าจากสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ Facebook, TikTok และได้รับข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าจากแฟน อาจเนื่องจากในยุคปัจจุบัน เทคโนโลยีการสื่อสารมีความทันสมัย มีสื่อสังคมออนไลน์ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว มีการออกแบบสื่อที่ดึงดูดความสนใจโฆษณาชวนเชื่อต่าง ๆ เผยแพร่ข้อมูลที่อาจเป็นความเท็จ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงสื่อดังกล่าวได้ง่าย และเกิดความเชื่อความเข้าใจผิดต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า รวมไปถึงความถี่ในการเข้าถึงข้อมูล อาจทำให้เกิดการให้ความสนใจ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ และความรู้เกี่ยวกับกฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค ไม่สูบบุหรี่ ผลกระทบต่อผู้สูบบุหรี่มือสอง โดยการเผยแพร่ความรู้ผ่านทางสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เสียงตามสาย หรือสื่อออนไลน์ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ และมีทัศนคติที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับบุหรี่

2. ควรจัดให้มีการรณรงค์ การไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนเพราะงานวิจัยพบว่า มีการเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 10-20 ปี และจัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจให้สมาชิกในครอบครัว เห็นความสำคัญของการเป็นแบบอย่างในการเลิกบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่ในบ้าน และไม่สูบบุหรี่ให้เด็กเห็น ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดการรับรู้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในพื้นที่สาธารณะ แก่กลุ่มเยาวชน ครอบครัว และชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่ศึกษาให้ครอบคลุมทุกช่วงวัย โดยทำการศึกษาในกลุ่มเยาวชน และมีการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านต่างๆ ต่อการสูบบุหรี่เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนควบคุม การสูบบุหรี่ต่อไป

2. ควรศึกษาปัจจัยใหม่ ๆ เช่น เครือข่ายสังคมออนไลน์ การรับรู้สื่อโฆษณา รวมถึงการเข้าถึงเกี่ยวกับการ สูบบุหรี่รูปแบบใหม่ ที่จะทำให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ หากจะวิเคราะห์พฤติกรรม การสูบบุหรี่ อาจต้องพิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ระดับความเครียด แรงกดดันทางเศรษฐกิจ หรือสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจมีอิทธิพลมากกว่าเพียงแค่ลักษณะของอาชีพ

เอกสารอ้างอิง

เกษสุตา ศรีจักร์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

จุฑามาศ มณีกุล. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรก ของนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนปลาย จังหวัดฉะเชิงเทรา [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา. สืบค้นจาก https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/63910211.pdf

ฉัตรทริกา กิจแสงทอง, รัฐพล ศิลปรัตน์, พรณิ บัญชรหัตถกิจ และพัศพร ชูศักดิ์ (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนสถาบันการอาชีวศึกษา ภาคกลาง 1. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี, 33(2), B108-B117.

ชนิษฐ์ชา บุญเสริม, ผกามาศ สุธิตาวิช และรชา รวสานนท์. (2552). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนใน จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(2), 6-14.

ธวัชชัย ยืนยาว, นริศรา เสมอ, และนภสร ดวงสมยา. (2563). ภาพสุขภาพ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการ สูบบุหรี่ของผู้รับบริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดอีสานใต้. วารสาร การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 35(2), 359-372.

เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, โสภิต สุวรรณเวลา, และณัฐชานนท์ สงสุข. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ สูบบุหรี่ของวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา จังหวัดตรัง. วารสารนาคบุตรปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช, 13(2), 92-103.

ประกิต วาทีสาธกิจ. (2552). ข้อมูลบุหรี่และสุขภาพ. รักษ์พิมพ์

แพรวพรรณ ขาวบ้านบึง, ธาณินทร์ สุธีประเสริฐ, สุรศักดิ์ สุนทร และสุวรรณี เนตรศรีทอง. (2566). ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสายอาชีพสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 32(2). 212-213

แม่อานิง สะอะ. (2566). บุหรี่ไฟฟ้ามหันตภัยไม่เจียบ ภัยร้ายบุหรี่ไฟฟ้า.

<https://radionarathiwat.prd.go.th/th/content/category/detail/id/9/iid/274033>

- รัตนพร ฉัตรมงคล, วลัยรัตน์ พบศิริ, และฉัตรสุนัน พฤตนิญโญ. (2563). การปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรณีศึกษา สถานีขนส่งสายใต้ปลอดบุหรี่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เรณู บุญจันทร์, รัชณี กิตติพงษ์ศาล, และนพวรรณ เลิศการณ. (2552). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน จังหวัดระนอง. [https://www.trc.or.th/trcresearch/pdf/ART%2020/cat20%20\(4\).pdf](https://www.trc.or.th/trcresearch/pdf/ART%2020/cat20%20(4).pdf)
- ลักขม ลักษณวิมล, เรวดี เพชรศิริสัณห์, สายฝน เอกวรารุณ และนัยนา หนูนิล. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาล มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, 69(1), 1-9.
- วิชช์ เกษมทรัพย์. (2566). สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2565. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. มหาวิทยาลัยมหิดล
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. 2567. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). <https://hdc.moph.go.th/pnb/public/standard-report-detail/f140502196c78b4a5c6a379f0d2a769f>.
- อัสฟีญา หะยีดาโอ๊ะ, ทศณา เกื้อแสง และดวงรัตน สุขปุระณะ. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในพื้นที่ชุมชนบ้านแพร์ ตำบลช้างซ้าย อำเภอพระพรหม จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา, 9(1), 46-62.
- อารญา โถวรุ่งเรือง , ส่งศรี รัตนมาลาวศ์, กานตามณี พานแสง, และไฉไล เทียงกมล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการตำรวจ: กรณีศึกษากองบัญชาการตำรวจนครบาล. วารสารพยาบาลตำรวจ, 7(2), 40-52.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. Prentice Hall Inc.
- Likert, R. (1967). The Method of Constructing and Attitude Scale, in *Attitude Theory and Measurement*. (p. 90-95). Wiley & Son.

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ในการดูแลตนเอง
และการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
Effects of a discharge planning program on knowledge
and re-admit of pregnant women with preterm labor

อรัญญา วิจิตนา¹, เยาวรัตน์ ดุสิตกุล¹, เบนจามาภรณ์ นาคามดี^{2*}

Arunya Vijitanaga, Yaowarat Dusitkul, Benchamaphorn Nakamadee^{2*}

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก¹,

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก^{2*}

Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok¹,

Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute^{2*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: benchamaphorn@bcnb.ac.th

(Received: January 3, 2025; Revised: December 2, 2025; Accepted: December 25, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนหลัง การทดลอง (two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ในการดูแลตนเองและการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การศึกษาได้ดำเนินการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย พัฒนาตามกรอบแนวคิด D METHOD ของกองการพยาบาล เป็น D METHHOD วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ภายในกลุ่มด้วย paired t-test และคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วย independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) หญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ: ให้ศึกษาปัจจัยเชิงลึกในกรณีหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำเพื่อนำปัจจัยไปพัฒนาโปรแกรมต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย, การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ

Abstract

This quasi-experimental research utilized a two-group pretest-posttest design to examine the effects of a discharge planning program on self-care knowledge and hospital readmission among pregnant women with preterm labor. The study was conducted at the Labor Room of Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok. The sample was selected by purposive sampling, consisting of primigravida women with a gestational age of 24-34 weeks, totaling 60 participants divided into an experimental group and a control group of 30 each. The discharge planning program was developed based on the Nursing Division's D METHOD framework, adapted into D METHHOD. Demographic data

were analyzed using percentages, means, and standard deviation. Mean scores of self-care knowledge were compared within groups using a paired t-test and between groups using an independent t-test.

The findings revealed that pregnant women who received the discharge planning program had significantly higher mean scores of self-care knowledge than before receiving the program (p -value < 0.05). Pregnant women who received the discharge planning program had significantly higher mean scores of self-care knowledge than those receiving standard nursing care (p -value < 0.05). The group of pregnant women receiving the discharge planning program had lower hospital readmission than the control group.

Recommendations: Based on the findings, it is recommended to study in-depth factors in cases of primigravida women with preterm labor who are readmitted to the hospital, to utilize these factors for further program development.

Keywords: preterm labor, discharge planning program, hospital readmission

บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นภาวะที่ทารกต้องคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ หรือก่อน 259 วัน นับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกเกิดการเสียชีวิตและมีโอกาสทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพได้ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี 2563 พบว่ามีทารกคลอดก่อนกำหนดสูงถึง 13.4 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 9.9 ของทารกที่คลอดทั้งหมด เท่ากับว่า หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทารกทุก 10 ราย จะมีทารกที่คลอดก่อนกำหนดประมาณ 1 ราย ในจำนวนทารกที่เกิด 10 ราย มี 1 รายที่คลอดก่อนกำหนด และทุก ๆ 40 วินาที ทารก 1 ราย จะเสียชีวิต นอกจากนั้นในปี 2564 พบทารกจะมีการเสียชีวิตในช่วง 5 ชั่วโมงแรกประมาณ 1 ล้านรายซึ่งเป็นผลที่เกิดมาจากการคลอดก่อนกำหนด (World Health Organization, 2024)

ข้อมูลกรมอนามัย มีการรายงานสรุปร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด จากฐานข้อมูล รายการตัวชี้วัด DoH Dashboard ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 3 ปี ย้อนหลัง พบว่า ร้อยละของหญิงไทยที่คลอดก่อนกำหนดเทียบกับข้อมูลการคลอดทั้งหมดลดลงจาก ร้อยละ 11.61 10.42 และลดลง 9.98 ในปี 2565-2567 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาข้อมูลระดับเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า ร้อยละของหญิงไทยที่คลอดก่อนกำหนดลดลงจากร้อยละ 10.90 9.16 แต่เพิ่มขึ้นเป็น 9.37 ในปี 2565-2567 ตามลำดับ ซึ่งลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลของจังหวัดพิษณุโลก โดยเฉพาะอำเภอเมืองพิษณุโลก พบว่า ร้อยละของหญิงที่คลอดก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 21.51 ในปี 2565 ลดลงเหลือร้อยละ 16.27 ในปี 2566 และลดลงเหลือร้อยละ 14.77 ในปี 2567 จากข้อมูลดังกล่าวถึงแม้แนวโน้มอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่อำเภอเมืองพิษณุโลกเริ่มลดลง แต่อุบัติการณ์สูงกว่าของประเทศเกือบ 1 ใน 3 ของอุบัติการณ์ (กรมอนามัย, 2567) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข

ผลกระทบและปัจจัยเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดและความพิการในระยะยาว โดยทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากกว่าทารกที่คลอดครบกำหนด ทั้งนี้ ยังมีอายุครรภ์น้อยเมื่อคลอดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพจะเพิ่มสูงขึ้น (World Health Organization, 2024) แม้ว่าสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดจะยังไม่สามารถระบุได้อย่างแน่ชัดในกรณีส่วนใหญ่ แต่มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่พบว่ามีผลเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะนี้ ได้แก่ ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ด้วยโรคเรื้อรังที่รุนแรง เช่น เบาหวานชนิดที่ควบคุมไม่ได้ ความดันโลหิตสูง รวมถึงการติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและการติดเชื้อในช่องคลอดมีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนด (Romero et al., 2014) ความผิดปกติของมดลูก มดลูกที่ขยายตัวมากเกินไป เช่น ในกรณีของการตั้งครรภ์แฝด หรือมีเนื้องอกใน

โพรงมดลูก อาจกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ความผิดปกติของปากมดลูก เช่น ปากมดลูกหย่อน (cervical insufficiency) หรือมีประวัติการขูดมดลูก การทำแท้งในไตรมาสที่สอง หรือการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับปากมดลูก ส่งผลให้โครงสร้างปากมดลูกอ่อนแอและเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (เด่นนพพร สุดใจ และคณะ, 2567) ภาวะรกเกาะต่ำ และรกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมและสังคม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด มารดาอายุรุ่น มารดาอายุมากกว่า 40 ปี ภาวะทุพโภชนาการ โลหิตจาง และฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ล้วนเป็นปัจจัยที่มีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Liu et al., 2016) การเข้าใจและระบุปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การป้องกันภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นการป้องกันตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์หรือระหว่างตั้งครรภ์ มุ่งเน้นค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งให้การป้องกัน และระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) เป็นการป้องกันในระยะที่อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor) มุ่งเน้นให้การดูแล รักษา ป้องกันด้วยการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ทั้งนี้ บุคลากรทางสูติกรรมทั้งแพทย์ พยาบาล รวมทั้งกุมารแพทย์ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยลดโอกาสการเสียชีวิตของทารกแรกคลอดหรือลดการเกิดทุพพลภาพของทารกให้ลดลงน้อยที่สุด (เด่นนพพร สุดใจ และคณะ, 2567) ทั้งนี้ กรมการแพทย์ (2566) จัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สำหรับประเทศไทย ฉบับพ.ศ. 2566 มุ่งเน้นให้สูติแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพ มีแนวทางการจัดระบบการบริการ เพื่อคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งแนวทางในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ เด่นนพพร สุดใจ และคณะ (2567) ศึกษาแบบการจัดบริการคลินิกป้องกัน การคลอดก่อนกำหนด Preterm Corner Model พบว่า การจัดบริการแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 มุ่งเน้น การให้บริการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ รวมทั้งการดูแล รักษาเมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องคลอด ส่วนที่ 2 มุ่งเน้นการดูแลทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด ดังที่กล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่เป็นแนวทางในการปฏิบัติของสูติแพทย์ ทั้งนี้พยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในทีมสุขภาพที่มีส่วนในการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ จึงจำเป็นต้องมีแนวทางในการดูแลผู้รับบริการกลุ่มดังกล่าว ทั้งนี้หากการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถตั้งครรภ์ได้จนครบกำหนด จะส่งผลให้ทั้งทารกแรกเกิด หญิงตั้งครรภ์ และครอบครัวเกิดความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว รวมทั้งประเทศจะลดงบประมาณในการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนด

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในระยะตั้งครรภ์จะเริ่มตั้งแต่การฝากครรภ์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์ มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล พยาบาลจะซักประวัติ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แพทย์จะมีการทำอัลตราซาวด์วัดขนาดปากมดลูกติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ มีการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อกำหนดอายุครรภ์ รวมถึงการให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการที่เหมาะสม เพื่อประคับประคองให้การตั้งครรภ์ครบกำหนด แต่จากสถิติของหญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมารับบริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์และมีอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ย้อนหลัง 3 ปี ในปี 2562-2564 คือ 11.97, 11.6 และ 9.56 ตามลำดับ ส่วนอัตราทารกขาดออกซิเจนแรกเกิดซึ่งทารกบางส่วนเกิดจากการตกเลือดก่อนกำหนดโดยสถิติย้อนหลัง 3 ปีคือปี 2562-2564 เท่ากับ 42.51, 46.20 และ 42.82 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าอัตราการเกิดทารกขาดออกซิเจนจะเริ่มลดลงแต่ยังเกินเกณฑ์มาตรฐานตัวชี้วัดของการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (2560-2564) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ด้านงานอนามัยแม่และเด็ก ได้วางเป้าหมายหลักในการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กของประเทศ อัตราการเกิดทารกขาดออกซิเจนแรกคลอดไม่เกิน 35 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ด้วยเหตุนี้สูติแพทย์และพยาบาลจึงต้องช่วยเหลือนับประคับประคองให้หญิงตั้งครรภ์ดำเนินการตั้งครรภ์ให้นานที่สุดบนพื้นฐานความปลอดภัยทั้งแม่และลูกเท่าที่หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์จะรับได้ จากการสอบถามข้อมูลปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า ความรู้

ในการปฏิบัติหน้าที่แตกต่างจากการดูแลตนเองตามปกติ คือเรื่องการพักผ่อน โดยปกติหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานและได้รับการพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนจากพยาบาลซึ่งจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคำแนะนำก่อนกลับบ้าน โดยการวางแผนจำหน่ายตามแนวทางเดิมคือหลังจากหญิงตั้งครรภ์นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้ว ในวันแรกแพทย์เจ้าของไข้จะแจ้งแนวทางการรักษา และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นขณะเข้ารับการรักษา ส่วนพยาบาลที่ดูแลและพูดคุยและให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อให้คลายความกังวลและทบทวนแนวทางการรักษาของแพทย์ หลังจากนั้นพยาบาลที่ดูแลจะเริ่มให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แต่เนื่องจากพยาบาลที่ดูแลมีการเปลี่ยนเวียนกันในแต่ละเวร การให้คำแนะนำไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งอาจจะไม่ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และไม่เหมาะสมกับการดำรงชีวิต จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ไม่ครบทุกด้านและขาดความต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุดังที่กล่าวข้างต้น

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D METHHOD ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบกับการประเมินปัญหา วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ความสำเร็จของงานยังไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร การมีโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายจะทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน และหญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้ครบทุกด้านและได้รับการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์วิจัย

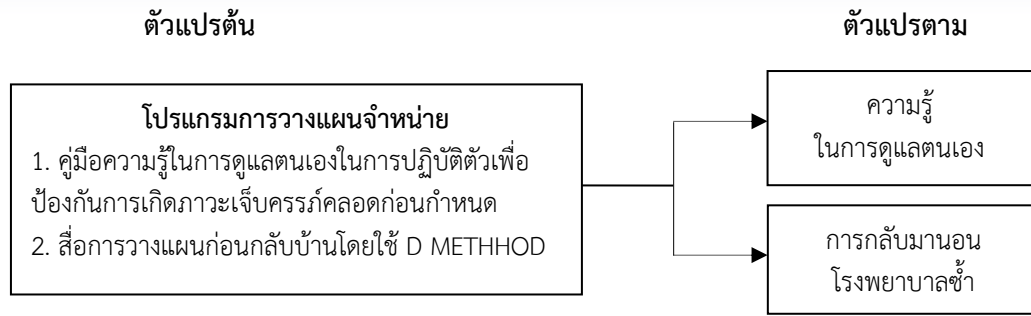
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง และการกลับมาอนโรโรงพยาบาลซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังการได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐาน

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย
2. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่า ก่อนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. หญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีการกลับมาอนโรโรงพยาบาลซ้ำน้อยกว่า กลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D METHHOD ซึ่งพัฒนาจากการวางแผนจำหน่ายแบบ D METHOD ร่วมแนวทางการป้องกันภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มุ่งเน้นให้ความรู้ในการดูแลตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (दननพพร สดใจ และคณะ, 2567) รวมทั้งนำปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (อัสมะ จารู และคณะ, 2562) มาประยุกต์ในการโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลตนเอง มีการตั้งครรภ์ครบกำหนดไม่กลับมาอนโรโรงพยาบาลซ้ำ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (research design) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ในการดูแลตนเองและการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับบริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ถึง เดือนกันยายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์ ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2565 - ธันวาคม 2565 ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม สำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 โดยกำหนดสถิติที่ใช้วิเคราะห์ t-test (Mean: Difference between two independent means [two groups]) แบบ two tails และกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large effect size) = 0.80 อำนาจทดสอบ (Power of test) = 0.85 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (Cohen, 1977) ได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง 30 คน รวม 60 คนเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาตัวที่ห้องคลอดโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ด้วยตนเองหรือผ่านแผนกฝากครรภ์

2. ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก (primigravida)

3. หญิงตั้งครรภ์มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

4. อายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์

5. แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Threatened preterm labor)

6. อ่าน/เขียนหนังสือได้

7. มีโทรศัพท์ smartphone และสามารถใช้ออปพลิเคชันไลน์ได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมว่ามีน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ (Preterm PROM) ขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล

2. หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อได้เนื่องจากคลอดก่อนขณะนอนรักษาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination criteria)

หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดก่อน 28 วันหลังจำหน่ายกลับบ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้อง ประยุกต์กิจกรรมการพยาบาลตามกรอบแนวคิด แบบ D METHOD ของกองการพยาบาล (2556) ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เป็นรายบุคคล ที่ผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบแนวคิดของ D METHOD ของกองการพยาบาล (2556) โดยเพิ่มเป็น D METHHOD 2) แผนการสอนสุขศึกษาเป็นรายบุคคล โดยใช้เวลาในการให้ความรู้ประมาณ 10-15 นาที และ 3) แบบติดตามภายหลังจำหน่าย 7 วัน จนครบ 4 ครั้ง โดยติดตามผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการกลับนอนโรงพยาบาลซ้ำ หลังการจำหน่ายผ่านแอปพลิเคชันไลน์

2. คู่มือความรู้ในการดูแลตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสาร วารสาร งานวิจัย และหนังสือคู่มือต่าง ๆ ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแนวทางการวางแผนจำหน่ายตามกรอบแนวคิดของ D METHOD เป็น D METHHOD

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส

2. แบบทดสอบความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โดยพัฒนาแบบสอบถามจากแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของชลธิชา รักษาธรรม และคณะ (2561) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 20 ข้อ คำถามเป็นแบบด้านบวก 15 ข้อ กำหนดให้ 0 = ไม่ใช่ 1 = ใช่ คำถามด้านลบ 5 ข้อ 0 = ใช่ 1 = ไม่ใช่ คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 0 - 20 คะแนน โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนมีดังนี้

คะแนน 0 - 7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวในระดับน้อย

คะแนน 8 - 14 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง

คะแนน 15 - 20 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวมาก

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแนวทางการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแบบทดสอบความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย สูติแพทย์เชี่ยวชาญด้านสูติ นรีเวชกรรม 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถงานห้องคลอด 1 คน จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.67 - 1.00 และความถูกต้องเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบทดสอบความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 ได้ค่า ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังได้รับการอนุมัติจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าห้องคลอด โดยเก็บข้อมูลกับกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มควบคุม
2. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไป ของหญิงตั้งครรภ์ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ข้อมูลการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์
3. ผู้วิจัยประเมินความรู้โดยใช้แบบทดสอบความรู้ (pretest) ของหญิงตั้งครรภ์ก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวทางเดิมคือการพูดคุย ให้ความรู้ในเรื่องสำคัญต่างๆ แก่หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังจากนั้นแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาด้วยตนเอง ใช้เวลา 30 นาที จากนั้นได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน
4. ก่อนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์กลับบ้าน ผู้วิจัยประเมินความรู้โดยใช้แบบทดสอบความรู้ (posttest) โดยไม่มีการติดตามต่อเนื่อง และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ มีการสอบถามการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ เมื่อเก็บข้อมูลครบ 30 คนแล้ว จะดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มทดลอง 30 คน

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มทดลอง
2. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไป ของหญิงตั้งครรภ์ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ข้อมูลการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์
3. ผู้วิจัยประเมินความรู้โดยใช้แบบทดสอบความรู้ (pretest) ของหญิงตั้งครรภ์ก่อนที่จะใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย โดยการให้ความรู้ผ่านคู่มือความรู้ในการดูแลตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สื่อการวางแผนก่อนกลับบ้านโดยใช้ D METHOD โดยแบ่งให้ความรู้จำนวน 3 วัน ในแต่ละวันจะใช้เวลา 15 นาที ซึ่งรายละเอียดทั้ง 3 วัน ดังนี้

วันที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับ D และ M (ใช้เวลา 15 นาที)

D = Diagnosis ให้ความรู้เกี่ยวกับว่าแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดชนิดไหน มีผลกระทบต่อมารดาและทารกอย่างไร

M = Medication ยาที่แพทย์ใช้ในการรักษาครั้งนี้ ผลข้างเคียงของยา อาการผิดปกติที่ต้องสังเกต ยาที่แพทย์วางแผนจะให้หญิงตั้งครรภ์ไปรับประทานต่อที่บ้าน อาการข้างเคียงที่พบหลังรับประทานยา และต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

วันที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับ E T และ H (ใช้เวลา 15 นาที)

E = Environment and economic การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมเพื่อการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ประเมินความพร้อมของครอบครัวและผู้ดูแล และแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

T = Treatment แพทย์อธิบายเกี่ยวกับเป้าหมายการรักษา พยาบาลประเมินและสอนทักษะเกี่ยวกับการประเมินการหดตัวของมดลูกได้ด้วยตนเอง และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลหรือโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือ

H = Health (Heart & Home) พยาบาลสอนและประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว รวมทั้งให้กำลังใจ และนำครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การนับลูกดิ้น การจดทำงานหนัก หลีกเลี่ยงการยกของหนัก แนะนำนอนพักผ่อนท่านอนตะแคง เพื่อลดแรงดันต่อปากมดลูกไม่ให้เปิดขยาย ลดการกดทับเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้อง รวมทั้งช่วยลดการหดตัวของมดลูก งดการมีเพศสัมพันธ์ และประเมินความเครียด รวมทั้งให้กำลังใจเป็นระยะ ๆ

วันที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับ O และ D (ใช้เวลา 15 นาที)

O = Outpatient Referral พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด หน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านที่สามารถไปรับบริการ หน่วยงานที่สามารถขอความช่วยเหลือหรือขอคำปรึกษาเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน

D = Diet โภชนาการ ประเมินและให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เน้นอาหารประเภทโปรตีนสูง เช่น นม ไข่ เนื้อสัตว์ ผักผลไม้ ให้เหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์

4. ก่อนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์กลับบ้าน ผู้วิจัยประเมินความรู้โดยใช้แบบทดสอบความรู้ (posttest) และมีการติดตามเยี่ยมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายทุก 7 วัน จนครบ 4 ครั้ง ๆ ละ 5 นาที
5. เมื่อครบ 4 สัปดาห์ มีการสอบถามการกลับมาอนโรงพยาบาลผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวทางการวางแผนจำหน่าย วิเคราะห์โดยใช้ Paired t-test
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวทางการวางแผนจำหน่าย และกลุ่มที่ไม่ใช้แนวทางการวางแผนจำหน่าย วิเคราะห์โดยใช้ Independent t-test
3. เปรียบเทียบอัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ ระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวทางการวางแผนจำหน่ายและกลุ่มปกติ วิเคราะห์โดยใช้เปรียบเทียบ จำนวน ร้อยละ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก COA No. 013/2565 IRN No. 017/65 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย มีการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้โดยอิสระหรือหากตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อบริการที่จะได้รับ

ผลการวิจัย

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=60 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ				
20 – 25 ปี	8	26.70	9	30.00
26 – 30 ปี	9	30.00	11	36.70
31 – 35 ปี	13	43.30	10	33.30
อายุครรภ์				
24 – 28 สัปดาห์	5	16.70	5	16.70
29 – 34 สัปดาห์	25	83.30	25	83.30
สถานที่ฝากครรภ์				
รพ.พุทธชินราช	13	43.30	13	43.30
คลินิก	11	36.70	12	40.00
รพ.ม.นเรศวร	2	6.70	0	0.00
รพ.สต.	4	13.30	5	16.70
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1	3.30	1	3.30
ประถมศึกษา	1	3.30	1	3.30
มัธยมศึกษา	4	13.30	7	23.30

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปวช.	8	26.70	5	16.70
ปวส./อนุปริญญา	2	6.70	2	6.70
ปริญญาตรี	14	46.70	14	46.70
อาชีพ				
ไม่มีอาชีพ	14	46.70	12	40.00
เกษตรกร	0	0.00	2	6.70
รับจ้าง	9	30.00	7	23.30
ค้าขาย	4	13.30	5	16.70
รับราชการ	2	6.70	3	10.00
รัฐวิสาหกิจ	1	3.30	1	3.30

จากตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-30 ปี (ร้อยละ 36.70) อายุครรภ์อยู่ในช่วง 29-34 สัปดาห์ (ร้อยละ 83.30) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก (ร้อยละ 43.30) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 46.70) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 40.0)

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย (n=60 คน)

ลักษณะ กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มควบคุม	14.30	1.71	14.73	1.51	1.72	.097
กลุ่มทดลอง	14.20	1.27	16.60	1.77	7.67	<.001*

*p-value < .05

จากตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 (p-value < 0.05) โดยหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 16.60 (S.D. = 1.77) และก่อนรับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 14.20 (S.D. = 1.27)

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=60 คน)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	หลังได้รับโปรแกรมฯ		t	p-value
	Mean	SD		
กลุ่มควบคุม	14.73	1.51	4.39	< 0.001*
กลุ่มทดลอง	16.60	1.77		

*p-value < 0.05

จากตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย สูงกว่าก่อนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=60 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อัตราการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ	0	0	1	3.1

ผลการเปรียบเทียบจำนวน และร้อยละการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ ซึ่งกลุ่มควบคุมจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.10 ที่มีการกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำก่อนคลอด

อภิปรายผล

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย อาจเป็นเพราะโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสำหรับหญิงครรภ์แรกที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นการให้ความรู้รายบุคคล ผ่านคู่มือการดูแลตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สื่อการวางแผนก่อนกลับบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา รักษาธรรม และคณะ (2561) พบว่า การให้ความรู้ตามสถานการณ์ของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย ทำให้สามารถให้การพยาบาลได้ตรงตามปัญหา ความต้องการ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ ทั้งนี้ การวิจัยนี้ประยุกต์ D METHHOD คือ เพิ่ม 2H ได้แก่ Heart และ Home ซึ่งประกอบด้วยการสอนและประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจ และนำครอบครัวหรือญาติมามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีการติดตามเยี่ยมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์หลังจำหน่ายทุก 7 วัน จนครบ 4 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปานจันทร์ อิมหนา และคณะ (2566) ได้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า การให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมีการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพและการจัดการตนเองของ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งช่วยเพิ่มแรงสนับสนุนและความมั่นใจของหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเอง ซึ่งโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตาม D METHHOD นี้เป็นการปรับรูปแบบการพยาบาลรูปแบบปกติโดยมุ่งเน้นให้คำแนะนำตาม D METHOD เท่านั้น

2. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การวิจัยนี้ มีการวางแผนการจำหน่าย D METHHOD ไม่มุ่งเน้นเฉพาะด้านร่างกายเท่านั้น ได้ให้ความสำคัญด้านจิตใจเน้นความเครียด (Heart) และครอบครัว (Home) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา เพราะความเครียดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น ความเครียดจากการได้รับยาที่ยัง การหดรัดตัวของมดลูก ความเครียดจากการนอนพักในโรงพยาบาล ความเครียดจากสภาพแวดล้อมที่แปลกใหม่ในโรงพยาบาล ความเครียดเกี่ยวกับครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีในร่างกายเกิดการหลั่งของสารแคทีโคลามีน กล้ามเนื้อมดลูกเกิดการหดรัดตัว ส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเสี่ยง

ต่อการคลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น (เบญจวรรณ ละหุการ และคณะ, 2563) และครอบครัว (Home) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (อัสมะ จารู และคณะ, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปานจันทร์ อิมหน้า และคณะ (2566) พบว่า การนำสามีหรือญาติที่หญิงตั้งครรภ์อาศัยอยู่ด้วยเข้าร่วมฟังการสนทนากลุ่มรายบุคคล โดยมีสื่อการสอนเป็นคลิปวิดีโอ และเป็นแผ่นพับ ส่งผลให้ครอบครัวหรือญาติได้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้พักผ่อน และเสริมแรงเพิ่มความมั่นใจ ให้หญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถจัดการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

3. หญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีการกลับมานอนโรงพยาบาลช้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีการสอนให้หญิงตั้งครรภ์สามารถติดตามการหดตัวของมดลูกของตนเองที่บ้าน ซึ่งช่วยประเมินอาการเจ็บครรภ์คลอดได้ เพราะหญิงตั้งครรภ์สามารถประเมินตนเองได้ว่าควรรมาพบแพทย์ ก่อนนัดหรือไม่ รวมทั้งการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ได้ตลอดเวลา จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพได้ตลอดเวลา ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับ การศึกษาของชลธิชา รักษาธรรม และคณะ (2561) มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และมีการซักถามจะทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกปลอดภัย ไม่กลับมารักษาซ้ำ เพราะมีความรู้ทั้งในการประเมิน และมีที่ปรึกษาภาวะสุขภาพของตนเอง รวมทั้งมีการปรับรูปแบบการพยาบาล นอกจากให้ความรู้ให้กำลังใจ มีการประเมินความเครียด และใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และอีกทั้งติดตามเป็นระยะ ๆ การติดตามหลังจำหน่าย โดยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และเปิดช่องทางสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องกับหญิงตั้งครรภ์ และครอบครัว ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจในการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของตนเองได้ สามารถยืดอายุครรภ์จนถึงกำหนดคลอดได้ถึง ร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของพรจิต จันโทภาส และคณะ (2564) พบว่า การดูแลแบบองค์รวมและการติดตามหลังจำหน่ายช่วยให้ยืดอายุครรภ์ได้ อาจเป็นผลจากรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ซึ่งครอบคลุมการลดความวิตกกังวล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเร่งการหดตัวของมดลูก การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา รวมถึงการดูแลต่อเนื่อง เช่น การติดตามอาการเจ็บครรภ์ การเดินของทารก และการส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถยืดอายุครรภ์จนคลอด ภายหลังอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ได้มากขึ้น เห็นได้ชัดเจนว่า หากโปรแกรมตาม DMETHHOD ที่มุ่งเน้นครอบคลุม ทั้งคำแนะนำในเรื่อง การพักผ่อน การจัดการความเครียด และการรับประทานอาหาร ซึ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันดังกล่าว จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Corchero-Falcón et al., 2023) จะเห็นได้ว่าบทบาทสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ จะต้องดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง มีความยืดหยุ่นตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดความเชื่อใจไว้วางใจให้การดูแลแบบองค์รวม ไม่เน้นเฉพาะแต่ร่างกายรวมถึงจิตใจ และครอบครัว (เพียงขวัญ ภูทอง และ พิรนนท์ วิศาลสกุลวงษ์, 2562) การประยุกต์การดูแลอย่างต่อเนื่องสู่การดูแลสตรีตั้งครรภ์ โดยพยาบาลผดุงครรภ์ ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศออสเตรเลียและอังกฤษ และสามารถลดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดและลดภาวะทุพพลภาพของทารกได้ (Sandall et al., 2016) การปรับรูปแบบบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์โดยการดูแลแบบต่อเนื่องเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จะส่งผลทำให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองได้ ความต่อเนื่องด้านข้อมูลโดยให้ความรู้และคำแนะนำกับหญิงตั้งครรภ์ที่สามารถนำไปใช้ได้ เพื่อประเมินอาการของตนเอง รวมทั้งความต่อเนื่องด้านสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล และหญิงตั้งครรภ์ จะทำให้เกิดความไว้วางใจระหว่างหญิงตั้งครรภ์และผู้ให้บริการ ทำให้เกิดความไว้วางใจในการขอคำแนะนำ ได้ตลอดเวลาและ ปฏิบัติตามคำแนะนำด้วยความยินดี อีกทั้งความต่อเนื่องด้านบริหารจัดการ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์สะดวก ในการรับบริการ (เพียงขวัญ ภูทอง และพิรนนท์ วิศาลสกุลวงษ์, 2562) จะเห็นได้ว่า หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลแบบต่อเนื่องโดยพยาบาลผดุงครรภ์ที่สามารถดูแลองค์รวม จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความรู้ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ประสบความสำเร็จ ยึดระยะเวลาไปจนถึงครบกำหนดคลอด

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย D METHHOD ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มารับบริการแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสำหรับหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง และใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลสำหรับกลุ่มผู้ป่วยอื่นต่อไป
2. ศึกษาปัจจัยเชิงลึกในกรณีหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ เพื่อนำปัจจัย ไปพัฒนาโปรแกรมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2566). แนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย ฉบับ พ.ศ.2566. https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/25661112141223PM_1
- กรมอนามัย. (2567). DoH Dashboard กรมอนามัย (ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข). สืบค้นจาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/bpreterm/index?year=2024>
- กองการพยาบาล. (2556). แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ชลธิชา รักษาธรรม, ทวีศักดิ์ กสิผล, และกมลทิพย์ ชลัษฐธรรมนิม. (2561). แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 348-356.
- เด่นนพพร สุดใจ, พงษ์ลดา วัชรสินธุ์, จันทร์เพ็ญ ชมพานิชย์, และเสาวลักษณ์ นาคขำ. (2567). รูปแบบการจัดบริการคลินิกป้องกันการคลอดก่อนกำหนด *Preterm Corner Model*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- เบญจวรรณ ละหุการ, วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, ทศณีย์ หนูนารณ, และมลิลักษณ์ บุตรดำ. (2563). ความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารมหาจุฬานาครธรรมศาสตร์*, 7(10), 1-14.
- ปานจันทร์ อิ่มหน้า, ญาณิศา ประพุดิธรรม, สมจิตร สิทธิวงศ์, และปวีณา สุรินทร์ประทีป. (2566). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลลำปาง. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 7(3), 36-51.
- พรจิต จันโทภาส, ศีตรา มยุขโชติ, และจุฬารัตน์ ห้าวหาญ. (2564). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(2), 123-137.
- เพ็ญขวัญ ภูทอง และ พิรพันธ์ วิศาลสกุลวงศ์. (2562). การดูแลแบบต่อเนื่องเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด. *วารสารเกื้อการุณย์*, 26(2), 156-68.
- อัสมะ จารู, วรางคณา ชัชเวช, และ สุรีย์พร กฤษเจริญ. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(1), 79-92.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Rev. ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Corchero-Falcón, M. D. R., Gómez-Salgado, J., García-Iglesias, J. J., Camacho-Vega, J. C., Fagundo-Rivera, J., & Carrasco-González, A. M. (2023). Risk factors for working pregnant women and potential adverse consequences of Exposure: A systematic review. *International Journal of Public Health*, 68, 1605655. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605655>
- Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J., Lawn, J. E., Cousens, S., Mathers, C., & Black, R. E. (2016). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: An updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*, 388(10063), 3027–3035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31593-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8)
- Romero, R., Dey, S. K., & Fisher, S. J. (2014). Preterm labor: One syndrome, many causes. *Science*, 345(6198), 760–765. <https://doi.org/10.1126/science.1251816>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- World Health Organization (2024). *Born Too Soon: Decade of Action on Preterm Birth*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890>

ผลของโปรแกรมให้สุศึกษาตามแนวคิด สบช. โมเดลต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

The effects of a health education program based on the PBRI Model on
knowledge and health care behaviors of patients with hypertension at
Wang Thong Hospital, Phitsanulok Province

อัญชลี แก้วสระศรี*, ณภัทร แหยมดอนไพร, เกลียพรรณ ณะวรรณ, ชลธิชา ดวงสี,
อติกานต์ มณีสรีวงศ์กุล, เบญจมาศ หลีแดง, กมลชนก แก้วไชยะ, กัลยารัตน์ คำแจ้ง,
ธัญมาศ กองทุ่งมน, อาณัฐ พึ่งเพ็ง, อารยา พรหมสุข, จินุชนัน กลิ่นหอม,
นวนันท์ กิ่งภาพ, จิตรานุช กระจางจิตร์

Anchalee Kaewsasri*, Napat Yhamdonphai, Gliewpun Nawan, Cholticha Duangsee,
Atikan Manisriwongkun, Benjamas Leedaeng, Kamonchanok Kaewchaiya, Kulyarat Khamjaeng,
Thanyamat Kongthungmon, Arnat Phuengpheng, Araya Promsuk, Jinutchanan Klinhom,
Nawanan Kingparb, Jitranut Krajangjit

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: anchalee.k@bcnb.ac.th

(Received: October 7, 2025; Revised: December 22, 2025; Accepted: December 26, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิดสบช.โมเดลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิต 140/90 - 180/109 มิลลิเมตรปรอทมารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวังทอง อ.วังทอง จ.พิษณุโลก จำนวน 25 คน เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิดสบช. โมเดล เป็นเวลา 10 วัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon signed ranks test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้

ดังนั้น พยาบาลในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ควรนำโปรแกรมให้สุศึกษาตามแนวคิด สบช. โมเดลในการให้ความรู้และส่งเสริมการปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

คำสำคัญ : สบช. โมเดล, โปรแกรมสุศึกษา, โรคความดันโลหิตสูง, ความรู้, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental research employed a one-group pretest-posttest design to examine the effects of a health education program based on the PBRI model on knowledge and health care behaviors among patients with hypertension. The purposive sample consisted of 25 patients with blood pressure ranging from 140/90 - 180/109 mmHg who attended the Chronic Disease Clinic at Wang Thong Hospital, Wang Thong District, Phitsanulok Province. Participants attended the 10-day health education program developed according to the PBRI model. Data were collected before and

after the experiment using a hypertension knowledge test and a health care behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-ranks test.

The findings revealed that after participating in the program, the mean scores of hypertension knowledge and health care behaviors were significantly higher than those at baseline (p -value < .001). These results indicate that the PBRI-based health education program was effective in enhancing knowledge and improving health care behaviors among hypertensive patients.

Therefore, nurses working in hypertension clinics should use the health education program based on the PBRI Model to provide educational support and promote behavior changes in patients.

Keywords: PBRI model, health education program, hypertension, knowledge, health care behaviors

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงผิดปกติ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งมีทั้งประเภทที่ทราบสาเหตุและที่ไม่ทราบสาเหตุ โดยประเภทที่ทราบสาเหตุ มักเกิดจากความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ เช่น มีความผิดปกติของไต ต่อมไร้ท่อ มีเนื้องอกในสมอง ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น หรือเกิดจากการรับประทานยาที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่น รับประทานยาแก้ปวดข้อ ยาคุมกำเนิดที่รับประทานมานานกว่า 2 ปี หรือยาลดน้ำมูกที่ออกฤทธิ์แรง เป็นต้น ส่วนประเภทที่ไม่ทราบสาเหตุ แม้จะไม่สามารถระบุสาเหตุของได้อย่างเด่นชัด แต่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง การดื่มแอลกอฮอล์ แบบหนัก ความเครียด และคนในครอบครัวมีประวัติป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (รัตนา พึ่งเสมา, 2565)

ปัจจุบันประเทศไทยโรคความดันโลหิตสูงกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีความรุนแรงมากขึ้น ดังข้อมูลจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 ที่พบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.70 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 25.40 ในปี พ.ศ. 2563 (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564) โดยผู้ป่วยจำนวนมากที่เป็นโรคนี้จะไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นสาเหตุของทุพพลภาพและการเสียชีวิตที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เส้นเลือดแดงใหญ่โป่งพอง ไตวาย เป็นต้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ดังข้อมูลในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560-2564) มีประชากรที่เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จากอัตรา 13.07 (8,525 คน) ในปี พ.ศ. 2560 เป็นอัตรา 14.48 (9,444 คน) ในปี พ.ศ. 2564 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วย การรักษาด้วยยา และการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยเป้าหมายของการรักษา คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคเป็นวิธีที่นิยมกันมากที่สุดในปัจจุบัน เพราะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยเสริมให้การรักษาด้วยยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควรปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสม และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ มี 6 ด้าน คือ 1) การควบคุมและลดน้ำหนักตัว (weight control and weight reduction) โดยควบคุมค่า BMI ให้อยู่ระหว่าง 18.5-24.9 kg/m² ซึ่งจะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง 5 - 20 มิลลิเมตรปรอท ต่อน้ำหนักตัวที่ลดลง 10 กิโลกรัม 2) การรับประทานอาหารตามหลักการบริโภคอาหารเพื่อยับยั้งโรคความดันโลหิตสูง DASH Dietary (Dietary Approaches to Stop Hypertension) โดยรับประทานอาหารประเภทผักผลไม้และเส้นใยอาหาร 8-10 ส่วนต่อวัน รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำหรือไม่มีไขมัน จะทำให้ความดันโลหิตลดลง 8-14 มิลลิเมตรปรอท 3) การลดปริมาณโซเดียม (Sodium Reduction) โดยลดปริมาณเกลือให้น้อยกว่า 6 กรัมต่อวัน จะทำให้ความดันโลหิตลดลง 2-8 มิลลิเมตรปรอท 4) การออกกำลังกาย (physical activity)

เช่น การเดินแอโรบิกการเดินเร็ว ประมาณ 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ มีผลเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงปกติ ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตลดลง 4-9 มิลลิเมตรปรอท 5) การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณปานกลาง (moderate alcohol consumption) โดยปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน คือ เบียร์ 820 มิลลิตร ไวน์ 300 มิลลิตร และวีสกี 90 มิลลิตร ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตลดลง 2-4 มิลลิเมตรปรอท และ 6) การไม่สูบบุหรี่รวมทั้งการผ่อนคลายความเครียดพยายามทำจิตใจให้ปลอดโปร่งและสงบ (รัตนา พิงเสมา, 2565; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

การรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาดได้ แต่ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง บุคลากรด้านสุขภาพควรมีการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม (รัตนา พิงเสมา, 2565) โดยทั่วไปวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจะมีทั้งแบบรายบุคคล แบบกลุ่ม และแบบมวลชน โดยวิธีการเหล่านี้มีประโยชน์แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และสภาวะแวดล้อม การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมความดันโลหิต จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจ มีความมั่นใจในความสามารถของตน และนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (พรภัทรา แสนเหลา และคณะ, 2563) การที่ผู้เรียนจะเกิดความรู้ความเข้าใจและจดจำความรู้จนสามารถนำไปปฏิบัติได้นั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบหลายด้านเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ และองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่ง คือ สื่อการสอนที่เหมาะสมกับผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจ จดจำ พร้อมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อความรู้ที่มีความสำคัญต่อตนเอง จึงจะนำไปสู่การปฏิบัติ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ (พรพร โนนจ้อย, 2564)

การให้สุศึกษาแบบรายบุคคล และใช้สื่อต่างๆในการสอนจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น ในปัจจุบันมีการนำสื่อวีดิทัศน์ และอินโฟกราฟิก (infographic) มาใช้ประกอบการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจาก เป็นสื่อที่มีการถ่ายทอดแนวคิดและข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย และวิธีการผสมผสานกัน โดยสื่อวีดิทัศน์ มีทั้งตัวอักษร ภาพ และเสียง มีความคงที่ของเนื้อหา สามารถเปิดและทบทวนเนื้อหาได้หลายครั้งในเวลาที่เหมาะสม จะช่วยเพิ่มความรู้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น (ณัฐพร ศศิฉาย และสุระรอง ชินวงศ์, 2563) ส่วนสื่ออินโฟกราฟิก เป็นสื่อที่ออกแบบข้อมูลเนื้อหาให้กระชับ เข้าใจง่าย และตรงประเด็น โดยใช้ตัวอักษร ภาพ แผนภูมิ กราฟ หรือองค์ประกอบกราฟิกอื่น ๆ ในการนำเสนอเนื้อหาที่ต้องการให้ผู้เรียนจดจำสาระสำคัญได้ อาจจัดทำเป็นสิ่งพิมพ์เพื่อให้สามารถย้อนกลับมาทบทวนอ่านใหม่ได้จนเข้าใจสะดวกต่อการใช้ และช่วยเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยได้ (สุจาริณี สังขวรรณ และคณะ, 2565) นอกจากนี้สื่อทั้งสองแบบสามารถนำไปทบทวนประกอบการดูแลตนเองและปฏิบัติตัวต่อเนืองที่บ้านได้

สถาบันพระบรมราชชนกโมเดล (สบช.โมเดล) เป็นโมเดลที่พัฒนาขึ้นโดยศาสตราจารย์พิเศษ ดร. นายแพทย์ วิชัย เทียนถาวร (วิชัย เทียนถาวร, 2556) เป็นแนวคิดการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยเครื่องมือ ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ซึ่งมีการดำเนินการดังนี้ 1) การคัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชน อายุ 15-65 ปี และแบ่งออกเป็น 7 กลุ่ม ตามค่าความดันโลหิต ได้แก่ กลุ่มปกติเป็นสีขาว กลุ่มเสี่ยงเป็นสีเหลืองอ่อน กลุ่มป่วยเป็นสีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นสีดำ ตามลำดับ 2) ให้ความรู้ คำแนะนำเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในแต่ละกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 30. 3ลด และ 1ย. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดความอ้วน และการรับประทานยาตามแผนการรักษา หลักการเฝ้าระวังและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงนี้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะจัดให้อยู่ในกลุ่มป่วยที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 30. 3ลด และ 1ย. ให้เหมาะสมกับระดับความดันโลหิตของตนเอง กล่าวคือ 1) ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มสีเขียวเข้ม มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 30. 3ลด อย่างเหมาะสม ลดจำนวนยาตามดุลพินิจของแพทย์ และมาตรวจตามนัดทุก 2-3 เดือน 2) ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มสีเหลือง มีระดับความดันโลหิต 140/90-159/99 mmHg ต้องลดระดับความรุนแรงของโรคเป็นสีเขียวเข้มโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 30. 3ลด รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และมาตรวจตามนัดทุก 1-2 เดือน 3) ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มสีส้ม มีระดับความดันโลหิต 160/100 - 179/109 มิลลิเมตรปรอท ต้องลดระดับความรุนแรงของโรคเป็นสีเขียวเข้ม หรือสีเหลือง โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 30. 3ลด รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มาตรวจตามนัดทุก 1 เดือนหรือเมื่อมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับ

ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง ไตวาย เป็นต้น และการติดตามเยี่ยมบ้าน และ 4) ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มสีแดงมีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 mmHg ต้องลดระดับความรุนแรงของโรคเป็นสีส้ม สีเหลือง หรือสีเขียวเข้ม โดยต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 30.3ลด การมาตรวจตามนัดทุกเดือนหรือเมื่อมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ดังนั้นวิธีการให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมควรพิจารณาให้สอดคล้องกับระดับความดันโลหิตและความต้องการของผู้ป่วย (อัศนี วันชัย และคณะ, 2566) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการประยุกต์แนวคิด สบซ.โมเดล ปิงปองจรรยา 7 สี ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้ (นสพม เอโหย และคณะ, 2565) และช่วยส่งเสริมความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความรุนแรงของโรคได้ (สมคิด จุฬว้า และคณะ, 2562)

โรงพยาบาลวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F1 มีจำนวน 120 เตียง และเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายของโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ให้บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลของโรงพยาบาลวังทอง ในปีงบประมาณ 2564 - 2566 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ 14,677 15,862 และ 16,348 คน ตามลำดับ แม้ว่าการให้การรักษากลับผู้ป่วยจะประกอบด้วยการรักษาด้วยยา และการให้สุศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่ก็ยังมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้สูงถึงร้อยละ 32.36 35.05 และ 34.57 ตามลำดับ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง บางกลุ่มไม่มาตรวจตามนัด และบางกลุ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ยังรับประทานอาหารรสจัด รับประทานของหมักดอง ดื่มน้ำ และสูบบุหรี่ (โรงพยาบาลวังทอง จังหวัดพิษณุโลก, 2566) ซึ่งสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) ได้ระบุว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คือ ระบบบริการยังไม่ดี ผู้ป่วยไม่ทราบถึงระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่เหมาะสมของตนเอง ขาดความเข้าใจถึงผลเสียของโรคความดันโลหิตสูงที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพ ประกอบกับผู้ป่วยให้บริการอาจไม่มีเวลาให้แก่ผู้ป่วยมากพอที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามจนเกิดความกระจ่าง ผู้ป่วยอาศัยข้อมูลจากความเชื่อหรือข่าวสารที่คลาดเคลื่อนมาใช้ตัดสินใจที่จะไม่ติดตามและไม่รักษาให้ดี ตามวิธีการที่ถูกต้องของหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิด สบซ.โมเดล ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลวังทอง อ.วังทอง จ.พิษณุโลก โดยคาดว่าวิธีการให้สุศึกษาตามแนวคิด สบซ. โมเดล จะช่วยส่งเสริมความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อันจะนำไปสู่การควบคุมความดันโลหิตที่ดีขึ้น และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิดสบซ.โมเดล
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิดสบซ. โมเดล

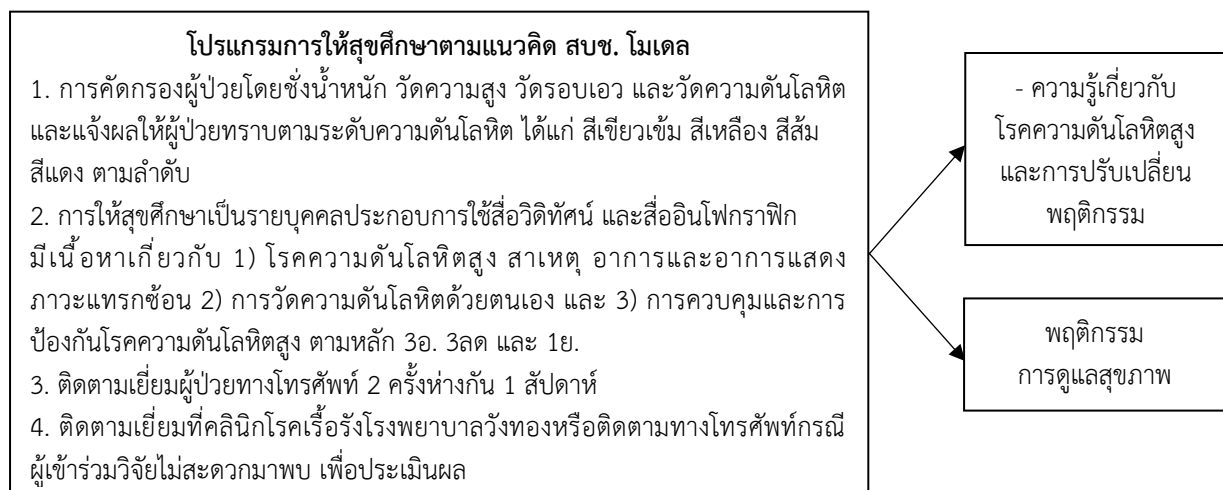
สมมติฐาน

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิด สบช. โมเดล ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิด สบช. โมเดล ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิด สบช. โมเดล (วิชัย เทียนถาวร, 2556) ประกอบด้วย 1) การคัดกรองผู้ป่วย 2) การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความดันโลหิต ได้แก่ สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง ตามลำดับ 3) การให้สุศึกษารายบุคคลประกอบการใช้สื่อวีดิทัศน์ และสื่อ Infographic โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3อ. 3ลด และ 1ย. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดความอ้วน และการรับประทานยาตามแผนการรักษา ดังแผนภาพข้างล่าง



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 220 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ในช่วงวันที่ 12 กันยายน - 30 พฤศจิกายน 2567 ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีผลการคัดกรองตามปิงปองจราจรชีวิต 7 สี อยู่ในกลุ่มสีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้มและสีแดง โดยมีค่าความดันโลหิตตัวบนอยู่ระหว่าง 139-180 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตตัวล่างอยู่ระหว่าง 89-109 มิลลิเมตรปรอท

4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจวาย หลอดเลือดในตาตืบหรือแคบ โรคสมองเสื่อม โรคไตที่จำเป็นต้องล้างไต โรคเอดส์ วัณโรค เป็นต้น

5. รู้สึกรู้สิดี สามารถสื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง การมองเห็นปกติ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาเรื่องการลุกนั่งหรือเดิน และสามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์หรือระบบออนไลน์

6. มีความสนใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้าร่วมโครงการไม่ครบกระบวนการขั้นตอน

2. มีความต้องการออกจากโปรแกรม

3. ผู้ป่วยเข้ารับกษาตัวที่โรงพยาบาลในระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรมจีพาวเวอร์ (G*Power) เวอร์ชัน 3.1.9.4 ภายใต้การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสำหรับการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มตัวอย่างเดียว โดยกำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบ (α err prob) เท่ากับ 0.05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ ($1 - \beta$ err prob) เท่ากับ 0.95 ใช้ค่า Effect size ตามคำแนะนำของ Cohen (1988 อ้างถึงใน วัฒนา ชยรัช, 2561) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้ค่า Effect size เท่ากับ 0.80 มาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นขนาด Effect size ที่ Cohen ระบุไว้ว่าสามารถบ่งชี้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยขั้นต่ำที่เหมาะสมสำหรับงานวิจัยเชิงทดลอง/กึ่งทดลองที่ต้องการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 19 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (อรุณ จิรวรรณกุล, 2554) ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้จำนวน 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ

1.1 โปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิดสภ. โมเดลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด สภ.โมเดล กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรม 4 ครั้ง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 : สัปดาห์ที่ 1 การคัดกรองโดยชั่งน้ำหนัก วัดความสูง วัดรอบเอว และวัดความดันโลหิต และแจ้งผลให้กลุ่มตัวอย่างทราบตามระดับความดันโลหิต ได้แก่ สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง ตามลำดับ จากนั้นให้สุศึกษาเป็นรายบุคคลประกอบการใช้สื่อวีดิทัศน์ และสื่ออินโฟกราฟิกที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) โรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน 2) การวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง และ 3) การควบคุมและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ. 3ลด และ 1ย. เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัย

ครั้งที่ 2 : สัปดาห์ที่ 2 ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 1 เพื่อสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป ระดับความดันโลหิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ลด/เลี่ยงสุราหรือ ลดดื่มสุรา การลดความอ้วน และการรับประทานยา ซักถามปัญหา-อุปสรรคที่เกิดขึ้น และ ให้คำแนะนำ

ครั้งที่ 3 : สัปดาห์ที่ 3 ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 2 เพื่อสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป ระดับความดันโลหิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ลด/เลี่ยงสุราหรือ ลดดื่มสุรา การลดความอ้วน และการรับประทานยา ซักถามปัญหา-อุปสรรคที่เกิดขึ้น และ ให้คำแนะนำ

ครั้งที่ 4 : สัปดาห์ที่ 4 ติดตามที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลวังทองหรือติดตามทางโทรศัพท์กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกมาพบเพื่อประเมินผล โดยชั่งน้ำหนัก วัดความสูง วัดรอบเอว และวัดความดันโลหิต ทบทวนความรู้ความเข้าใจ เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามปิงปองจราจร 7 สี และการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 3ลด และ 1ย. พร้อมทั้งซักถามและตอบข้อสงสัย ย้ำเตือนภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง ไตวาย และการจัดการเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน

1.2 แผนการสอน เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1.3 สื่อวีดิทัศน์ ในเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) โรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน 2) การวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง และ 3) การควบคุมและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ. 3ลด และ 1ย. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดความอ้วน และการรับประทานยา) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1.4 สื่ออินโฟกราฟิก มีเนื้อหาเกี่ยวกับการแบ่งกลุ่มตามค่าความดันโลหิตของกลุ่มป่วยออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง และสีดำ ตามลำดับ และเนื้อหาคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ตามหลัก 3อ. 3ลด และ 1ย. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดความอ้วน และการรับประทานยา) ที่สอดคล้องกับค่าความดันโลหิตในแต่ละสี ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต การมารับการรักษา ความต่อเนื่องของการรักษา

2.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดนี้ด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าตั้งแต่ 0-10 คะแนน แปลผลระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนแต่ละระดับดังนี้ 1) ระดับดี มีคะแนนตั้งแต่ 9-10 คะแนน 2) ระดับปานกลาง มีคะแนนตั้งแต่ 6-8 คะแนน และ 3) ระดับปรับปรุง มีคะแนนตั้งแต่ 0-5 คะแนน

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 7 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ โดยแต่ละด้านมีดังนี้ 1) การวางแผนรับประทานอาหารตามหลักการบริโภคอาหารเพื่อยับยั้งโรคความดันโลหิตสูง และการลดปริมาณโซเดียม จำนวน 5 ข้อ 2) การออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ 3) การผ่อนคลายความเครียด จำนวน 5 ข้อ 4) การดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 5 ข้อ 5) การสูบบุหรี่ จำนวน 5 ข้อ 6) การควบคุมและลดน้ำหนักตัว จำนวน 5 ข้อ และ 7) การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและมาตรวจตามนัด จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามที่เป็นพฤติกรรมทางบวก จำนวน 25 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นพฤติกรรมทางลบ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าตั้งแต่ 35-175 คะแนน แปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนแต่ละระดับดังนี้ 1) ระดับดี มีคะแนนตั้งแต่ 128.35-175 คะแนน 2) ระดับปานกลาง มีคะแนนตั้งแต่ 81.68-128.34 คะแนน และ 3) ระดับปรับปรุง มีคะแนนตั้งแต่ 35-81.67 คะแนน

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) นำโปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิด สบข. โมเดล แผนการสอน สื่อวีดิทัศน์ สื่ออินโฟกราฟิก แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และนักวิชาการคอมพิวเตอร์จำนวน 1 ท่าน นำข้อมูลมาคำนวณค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ หรือเนื้อหา (IOC) มีค่าเท่ากับ 0.67 0.67 และ 1 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ใช้วิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าเท่ากับ 0.72 และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช และได้รับอนุญาตการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังทอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 : สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมในการเข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม และขอความยินยอมโดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และวัดความดันโลหิต ประเมินความรู้ และประเมินพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ รวมทั้งแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระดับความดันโลหิต ได้แก่ สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงความรู้ของโรคตนเอง และดำเนินการให้สุศึกษารายบุคคลประกอบการใช้สื่อวีดิทัศน์ และสื่ออินโฟกราฟิก ใช้เวลา 45 นาที

- ขั้นนำเข้าสู่บทเรียน เป็นขั้นตอนที่สร้างความสนใจของกลุ่มตัวอย่างโดยการทักทายแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยสอบถามถึงข้อมูลการเดินทาง การรับประทานอาหาร และข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป หลังจากนั้นแนะนำเนื้อหาในบทเรียน บอกวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ต้องการให้กลุ่มตัวอย่างทำความเข้าใจ

- ขั้นการนำเสนอเนื้อหา ผู้วิจัยให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยเริ่มจากให้กลุ่มตัวอย่างดูวีดิทัศน์ ในเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) โรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน 2) การวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง และ 3) การควบคุมและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ. 3ลด และ 1ย. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดความอ้วน และการรับประทานยา) หลังจากนั้นให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามผลการคัดกรองระดับความดันโลหิต โดยใช้สื่ออินโฟกราฟิก ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มสีเขียวเข้ม มุ่งเน้นให้ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 mmHg การซักถามถึงความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และปัญหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรับประทานยา เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัย ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง

2) กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มสีเหลือง มุ่งเน้นให้ลดระดับความรุนแรงของโรคเป็นสีเขียวเข้ม โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 3ลด รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และมาตรวจตามนัดทุก 1-2 เดือน ซักถามปัญหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรับประทานยา เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัย ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง

3) กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มสีส้ม มุ่งเน้นให้ลดระดับความรุนแรงของโรคเป็นสีเขียวเข้ม หรือสีเหลือง โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 3ลด รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มาตรวจตามนัดทุกเดือนหรือเมื่อมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ซักถามปัญหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรับประทานยา เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัย ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง

4) กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มสีแดง มุ่งเน้นลดระดับความรุนแรงของโรคเป็นสีส้ม สีเหลือง หรือสีเขียวเข้ม โดยต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 3ลด การมาตรวจตามนัดทุกเดือนหรือเมื่อมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ซักถามปัญหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรับประทานยา เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัย ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง

- ขั้นประเมินผล หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้เนื้อหา ประเมินผลความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง และตอบข้อซักถามของกลุ่มตัวอย่างในกรณีที่ถูกกลุ่มตัวอย่างซักถาม หรือมีข้อสงสัย และย้ำเตือนภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ

(เส้นเลือดสมองตีบ-ตัน-แตก/หลอดเลือดหัวใจอุดตัน) และการจัดการเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน โทรสายด่วน 1669 (บริการรับกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะฉุกเฉิน) พร้อมทั้งนัดหมายการติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ในอีก 7 วัน

ครั้งที่ 2 : สัปดาห์ที่ 2 ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 เพื่อสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป ระดับความดันโลหิตที่อสม.วัดให้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ลด/เลี่ยงสูบบุหรี่ ลดดื่มสุรา การลดความอ้วน และการรับประทานยา ชักถามปัญหา-อุปสรรคที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัย ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 5-10 นาที

ครั้งที่ 3 : สัปดาห์ที่ 3 ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 เพื่อสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไประดับความดันโลหิตที่อสม.วัดให้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ลด/เลี่ยงสูบบุหรี่ ลดดื่มสุรา การลดความอ้วน และการรับประทานยา ชักถามปัญหา-อุปสรรคที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัย ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 5-10 นาที

ครั้งที่ 4 : สัปดาห์ที่ 4 ประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรม โดยประเมินความรู้ ประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการคัดกรอง โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และวัดความดันโลหิต ที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก หรือติดตามทางโทรศัพท์กรณีผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวกมาพบจะประสานอสม.ติดตามชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และวัดความดันโลหิต หลังจากนั้นทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามป้องกันจราจรชีวิต 7 สี และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งซักถามข้อสงสัย ย้ำเตือนภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ (เส้นเลือดสมองตีบ-ตัน-แตก/หลอดเลือดหัวใจ อุดตัน) การจัดการเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน โทรสายด่วน 1669 (บริการรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน) กล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ ใช้เวลา 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขศึกษาตามแนวคิดสภ. โมเดล โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลไม่เป็นการแจกแจงปกติ
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขศึกษาตามแนวคิดสภ. โมเดล โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลไม่เป็นการแจกแจงปกติ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เอกสารรับรองเลขที่ 006/2567 ในวันที่ 10 กันยายน 2567 การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาปกติ และการนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 76 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 72 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 48 ส่วนมากประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 20 มีรายได้ต่อเดือน ส่วนมากอยู่ระหว่าง 2,876-11,261 บาท คิดเป็นร้อยละ 24 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 64

2. ข้อมูลระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของระดับความดันโลหิตในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=25)

ระดับความดันโลหิต	สี	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 140/90 mmHg	เขียวเข้ม	17	68	23	92
140/90-159/99 mmHg	เหลือง	6	24	2	8
160/100-179/109 mmHg	ส้ม	2	8	0	0
มากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 mmHg	แดง	0	0	0	0
รวม		25	100	25	100

จากตาราง 1 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มสีเขียวเข้ม จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 68 กลุ่มสีเหลือง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24 และกลุ่มสีส้ม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8 และไม่มีกลุ่มสีแดง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มสีเขียวเข้ม จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92 กลุ่มสีเหลือง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8 และไม่มีกลุ่มสีส้ม และสีแดง

3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิดสข. โมเดล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=25)

ความรู้	ค่าเฉลี่ย (n=25)	S.D.	การแปลผล	Mean rank	Sum of rank	Z	Asymp. Sig. (1tailed)
ก่อนการทดลอง	6.04	1.45	ปานกลาง	11.58	220.0	-3.713 ^a	<0.001*
หลังการทดลอง	7.28	1.48	ปานกลาง				

^aBased on Negative Ranks = ความรู้ก่อนการทดลอง < ความรู้หลังการทดลอง

*Wilcoxon signed-rank test p-value < 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิดสข.โมเดล

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=25)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย (n=25)	S.D.	การแปลผล	Mean rank	Sum of rank	Z	Asymp. Sig. (1tailed)
ก่อนการทดลอง	133.44	16.40	ปานกลาง	13.95	307.00	-3.889 ^a	<0.001*
หลังการทดลอง	153.08	12.19	ปานกลาง				

^aBased on Negative Ranks = พฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนการทดลอง < หลังการทดลอง

*Wilcoxon signed-rank test p-value < 0.05

จากตาราง 3 พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. สมมุติฐานที่ 1 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิดสບข.โมเดล กลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิดสບข.โมเดล มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ตาราง 2) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่า โปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิดสບข.โมเดล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถช่วยพัฒนาความรู้ของกลุ่มตัวอย่างให้ดีขึ้นได้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิด สบข. โมเดล มีการจัดการอย่างเป็นระบบ คือ โดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ คัดกรองและแจ้งผลการคัดกรองระดับความดันโลหิตสูงและใช้เป็นการแบ่งระดับความรุนแรงของโรค เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงภาวะความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ ก็จะมีคามสนใจที่จะเรียนรู้ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดูวิดีโอเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก สบข. โมเดล คือ 3 อ. 3 ลด (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดความอ้วน และการรับประทานยา) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองก่อน เมื่อกลุ่มตัวอย่างดูจบแล้วผู้วิจัยจะให้คำแนะนำประกอบการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแก่กลุ่มตัวอย่างโดยเน้นเนื้อหาที่สอดคล้องกับระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ชักถามปัญหา -อุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่มตัวอย่าง อธิบายเหตุผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ความรู้แบบรายบุคคลประกอบการใช้สื่อวิดีโอ และสื่ออินโฟกราฟิกมีประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นสื่อที่มีการถ่ายทอดแนวคิดและข้อมูลเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจง่าย และวิธีการผสมผสานกัน โดยสื่อวิดีโอ มีทั้งตัวอักษร ภาพ และเสียง ช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง ทำให้เกิดความอยากเรียนรู้ ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ตามความสามารถของตนเอง สามารถเปิดและทบทวนเนื้อหาได้หลายครั้ง ในเวลาที่สะดวกและเหมาะสม ช่วยเพิ่มความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างมากขึ้น (ณัฐพร ศศิฉาย และสุระรอง ชินวงศ์, 2563) ส่วนสื่ออินโฟกราฟิกเป็นสื่อที่ออกแบบข้อมูลเนื้อหาให้กระชับ เข้าใจง่าย และตรงประเด็น โดยใช้ตัวอักษร ภาพ แผนภูมิ กราฟ หรือองค์ประกอบกราฟิกอื่น ๆ ในการนำเสนอเนื้อหาที่ต้องการให้ผู้เรียนจดจำสาระสำคัญได้ มีการจัดทำเป็นสิ่งพิมพ์เพื่อให้สามารถย้อนกลับมาทบทวนอ่านใหม่ได้จนเข้าใจสะดวกต่อการใช้ และช่วยเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยได้ (สุจาริณี สังขวรรณ และคณะ, 2565) ซึ่งสื่อทั้งสองแบบผู้ป่วยนำไปทบทวนประกอบการดูแลตนเองและปฏิบัติตัวต่อเนืองที่บ้านด้วย นอกจากนี้การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ 2 ครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ เพื่อติดตามระดับความดันโลหิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น การให้สุศึกษาที่มีข้อมูลครบถ้วน ครบคลุม และชัดเจนตรงตามความต้องการของบุคคล จะส่งผลต่อการรับรู้ การเรียนรู้อย่างเป็นระบบได้ (พรรษ โนนจ้อย, 2564) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสอดคล้องกับการวิจัยของสมคิด จูหว่า และคณะ (2562) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเครื่องมือ “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” ต่อความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรงของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ค่าคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และการศึกษาของทรัพย์ทวี ธีรฤทธิเกิดผล และคณะ (2564) ที่ศึกษาผลโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

2. สมมติฐานที่ 2 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิดสภ.โมเดล กลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิดสภ.โมเดล มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ตาราง 3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิดสภ.โมเดล ช่วยให้ผู้เข้าร่วมเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจ มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง สามารถนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมความดันโลหิตได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิด สภ.โมเดล ที่มีการคัดกรองและใช้ป้องกันจราจรชีวิต 7 สีเป็นเครื่องมือในการช่วยกลุ่มตัวอย่างเข้าใจความรุนแรงของโรค ประกอบกับการให้ความรู้รายบุคคลประกอบสื่อวีดิทัศน์ และสื่ออินโฟกราฟิก และมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ มีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนักรู้ในความรุนแรงของโรค และเห็นประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มั่นใจในความสามารถของตนเอง กล้าตัดสินใจกระทำ นำไปสู่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดความอ้วน และการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับงานวิจัยของนสพ.ม.เอ.เอ. และคณะ (2565) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สภ.โมเดล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และการศึกษาของทรัพย์ทวี หิรัญเกิดผล และคณะ (2564) ที่ศึกษาผลโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดป้องกันจราจรชีวิต 7 สี และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารการพยาบาลควรมีนโยบายเกี่ยวกับการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการนำโปรแกรมการให้สุศึกษาตามแนวคิด สภ.โมเดลมาใช้เพื่อส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
2. พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงควรนำโปรแกรมให้สุศึกษาตามแนวคิด สภ.โมเดลไปใช้ในสอนผู้ป่วยรายบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้สามารถมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในเรื่อง 3อ. 3ลด และ 1ย.

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในรูปแบบการติดตามผลการใช้โปรแกรม อย่างน้อยประมาณ 6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมให้สุศึกษาตามแนวคิด สภ.โมเดลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในตัวแปรอื่น เช่น BMI ระดับความดันโลหิต การมีส่วนร่วมของครอบครัว หรือชุมชน หรือการใช้แบบวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมกลุ่มทดลองเพื่อให้เกิดความควบคุมตัวแปรที่ศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). จำนวนและอัตราตาย 5 โรคไม่ติดต่อ ปี 2560-2564. สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2567 จาก <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911>
- ณัฐพร ศศิฉาย และสุระรอง ชินวงศ์. (2563). ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ และแผ่นพับภาษาปากาเกะญอต่อความรู้และการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยปากาเกะญอ. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 12(3), 891-901.
- ทรัพย์ทวี หิรัญเกิดผล, ไพฑูรย์ วุฒิสโส, และเมวดี ศรีมงคล. (2564). ผลโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(1), 478-487.
- นสพม เอ๋ห้อย, วิภาพร สิทธิศาสตร์, และสุรียรัตน์ ณ วิเชียร. (2565). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบซ โมเดล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสพพรรณบุรี*, 5(2), 129-139.
- พรภัทรา แสนเหลา, เพ็ญผกา กาญจนภาส, และทรัพย์ทวี หิรัญเกิด. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโลกความดันโลหิตสูง ตำบลนาผาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 23(1), 98-107.
- พรรษ โนนจ้อย. (2564). การให้สุศึกษา. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(2), 246-251.
- มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลวังทอง จังหวัดพิษณุโลก. (2566). สรุปผลงานประจำปี 2566. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวังทอง
- รัตนา พึ่งเสมา. (2565). โรคความดันโลหิตสูง: บทบาทสำคัญของพยาบาล. *วารสารสมาคมพยาบาลไทย*, 15(1), 40-49.
- วิชัย เทียนถาวร. (2556). ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- วัฒนา ชยธวัช. (2561). ขนาดอิทธิพลและอำนาจทดสอบในการกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยทางคลินิก. *วารสารหมอยาไทยวิชัย*. 4(1), 67-75
- สุจาริณี สังขวรรณะ, นันทิกา แกวลี ลาวรรณ, อธิภาพ ปานคล้าย, และปัทมาภรณ์ เจริญนนท์. (2565). การพัฒนาสื่ออินโฟกราฟิกเรื่องโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 3(4), 42-49.
- สมคิด จุฬาวา, รุ่ง วงศ์วัฒน์, และอนุกุล มะโนทน. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเครื่องมือ “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” ต่อความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรงของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(2), 127-141.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- อรุณ จิรวรรณกุล. (2554). การปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มสำหรับการไม่ปฏิบัติตามแผนการทดลอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 20(1), 1-2.
- อัสนี วันชัย, จิตติพร ศรีชะเกตุ, และวิชัย เทียนถาวร. (2566). การประยุกต์ใช้ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การทบทวนขอบเขตงานวิจัย. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(2), e267915.