



จังหวัดนนทบุรี

วารสารวิจัย

ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

BCN Non Health Science Research Journal

ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2568

Vol. 19 No.3 September - December 2025

ISSN 2985-2501 (Print)

ISSN 3027-6659 (Online)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจอ่านบทความ
วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2568)

ผศ.ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
ผศ.ดร.จากรุวรรณ กฤตย์ประชา
ผศ.ดร.จากรุวรรณ สอนองญาติ
รศ.ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส
ผศ.ดร.จีราภรณ์ กรรมบุตร
ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล
ผศ.ดร.ทิพมาส ชินวงค์
ผศ.ดร.ธนภรณ์ สีสรี
ดร.ธัญญาศิริ โสมคำ
รศ.ดร.นงนุช บุญยัง
ดร.นิตติยา น้อยสีภูมิ
รศ.ดร.บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์
รศ.ดร.ประดิษฐ์พร พงศ์เตริยง
รศ.ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรื่องรอง
นอ.ดร.พงษ์สุวรรณ ศรีสุวรรณ
ผศ.ดร.พัชรนันท์ วิวรากานนท์
ผศ.ดร.พัชรราวดี ทองเนื่อง
รศ.ดร.พิชามญช์ อินทะพุด

ผศ.ดร.ฟูซี่ยะห์ ทะยี่
ผศ.ดร.มาสริน ศุกลปักษ์
ผศ.ดร.เมทนี ระดาบุตร
ผศ.ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา
ดร.เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง
ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
รศ.ดร.เรวดี เพชรศิราสังข์
ผศ.ดร.วินิภาญจน์ คงสุวรรณ
ผศ.ดร.ศกุนตลา อนุเรือง
ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบร์แมนน์
รศ.ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์
รศ.ดร.สมสิริ รุ่งอมรรัตน์
ผศ.ดร.สุภลักษณ์ ธานีรัตน์
ผศ.ดร.สุภาภักดิ์ เกตราสุวรรณ
ผศ.ดร.สุวิมล โรจนาวี
ดร.เสนห์ ขุนแก้ว
ดร.อรอนงค์ รองสวัสดิ์

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิจารณา (Peer review) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสาขา
ในการพิจารณาตรวจคุณภาพงานทุกเรื่องก่อนได้รับการตีพิมพ์บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารฯ
ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนวารสารฯ หรือคณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
(BCNON HEALTH SCIENCE RESEARCH JOURNAL)

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี จัดทำโดยวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการทางการพยาบาล การสาธารณสุข และวิจัยทาง
วิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ ที่ปรึกษาโครงการ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก		
	รศ.ดร.โยธิน	แสงวดี	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สังวรณ์	จิตกระโทก	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	ผศ.ดร.ประนอม	รอดคำดี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เกษียณอายุราชการ)
	ผศ.ดร.ศุภกรใจ	เจริญสุข	สถาบันพระบรมราชชนก
	ผศ.ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
บรรณาธิการ	ดร.วรงค์รอง	เนลสัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ผศ.ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
	ผศ.ดร.เมทนี	ระดาบุตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
	ผศ.ดร.สุภลักษณ์	ธานีรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
กองบรรณาธิการ	ศ.ดร.บุญทิพย์	สิริรังศรี	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (เกษียณอายุราชการ)
	ศ.ดร.สุขุมาล	จงธรรมคุณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	Prof.Dr.(Med) Benno	von Bormann	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	น.อ.ดร.พงษ์สุวรรณ	ศรีสุวรรณ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์
	รศ.ดร.อรพรรณ	รศ.ดร.อรพรรณ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
	รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.พรชัย	จุลเมตต์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผศ.ดร.วรรณรัตน์	ลาวัง	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์	มณีสากร โพน โบรมันน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	Assist.Prof.Dr. Dan	Bressington	Hong Kong Polytechnic University
	น.อ.หญิง ดร.พ.ว.ธนพร	แย้มสุดา	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า
	ดร.ภญ.กมลนันท	ม่วงยิ้ม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	ดร.ภญ.บุญมี	โพธิ์คำ	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร
	ผศ.ดร.พนารัตน์	วิศวะเทพนิมิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
	ผศ.ดร.เพ็ญพรรณ	พิทักษ์สงคราม	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
	ผศ.ดร.ยศพล	เหลือองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
	ดร.สุธิตา	โอภาซี	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร
กองบรรณาธิการด้านการตรวจภาษาอังกฤษ	Dr. Paul	Turner	โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์
ฝ่ายจัดการ	นายบุรีศรี	ทองแท้	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
กำหนดออก	ราย 4 เดือน		

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี (BCNON HEALTH SCIENCE RESEARCH JOURNAL) ได้ตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการในสาขาการพยาบาล การศึกษาพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ผลงานที่ตีพิมพ์ทุกเรื่องต้องผ่านการประเมิน คุณภาพและความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้น ๆ อย่างน้อยจำนวน 2 ท่าน เพื่อเป็นการเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีประโยชน์ในพัฒนาการพยาบาลและการเรียนการสอนแก่บุคลากรด้าน สุขภาพ ด้านการศึกษา ประชาชนทั่วไปและผู้ที่เกี่ยวข้อง

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้รับการรับรองคุณภาพของวารสารในฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 1 รอบที่ 5 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572 โดยวารสารฉบับนี้ ได้ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นปีที่ 19 ฉบับที่ 3 มีการนำเสนอบทความทั้งหมด จำนวน 12 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิจัยภาษาไทย จำนวน 11 เรื่อง และบทความวิชาการภาษาไทย จำนวน 1 เรื่อง

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ที่ช่วยในการตรวจสอบความถูกต้องของวารสารและกลั่นกรองคุณภาพบทความ ทำให้ บทความของวารสารมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นในการตีพิมพ์เผยแพร่ในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยสละเวลาในการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อวารสาร ที่จะนำมาซึ่งประโยชน์ต่อผู้อ่านและผู้มีส่วนได้เสียในการทำวิจัยครั้งนี้ ทางวารสารจะพัฒนางานให้มีคุณภาพต่อไป

ท้ายสุดนี้วารสารขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจติดตามวารสารผ่านทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR> หากมีข้อเสนอแนะประการใด กรุณาส่งมาได้ที่ บรรณาธิการวารสารวิจัย ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ bcnonjournal@bcnon.ac.th จักเป็นพระคุณยิ่ง

ดร.วรงค์ เนลสัน

บรรณาธิการวารสาร

สารบัญ	หน้า PAGE	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ ปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ วัยผู้สูงอายุของประชาชน พื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี ศิริวรรณ ตรงค์เรือง เพ็ญศิริ สันตโยภาส	e279840	Original Articles Factors Affecting Readiness for Aging among Residents in Metropolitan Periphery Areas Siriwan Turongruang, Pensiri Santayopas
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนากับความผาสุกทาง จิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 สุวิทย์ ถิ่นทับ โรจณี จินตนาวัฒน์ พนิดา จันทโสภิพันธ์	e280825	Religious Practices and Spiritual Well-being of Older Persons with Post-COVID-19 Infection Suwit Thinthub, Rojane Chintanawat, Phanida Juntasopeepan
ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ครอบครัว : การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ จตุพร หนูสวัสดิ์ สารีณี โต๊ะทอง เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ ปาริชาติ แฉ่นไวยาศาสตร์	e280933	Resilience in Caregivers of Individuals with Schizophrenia: An Integrative Review Jatuporn Noosawat, Sarinee Tothong, Janejira Kiatsinsap, Parichart Wanwaisart
คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบคัดกรอง ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันปัจจัยเสี่ยงชีวิต 7 สี ในนักศึกษาพยาบาล ศุภกรใจ เจริญสุข กัญญาวิณี โมกขาว	e280992	Psychometric Properties of the “Seven- Color Ball” Depression Screening Tool for Nursing Students Sukjai Charoensuk, Kanyawee Mokkhaio
รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงในชุมชน ผุสดี ก่อเจดีย์ จารุณี จันทร์เปล่ง ปรานค์ จักรไชย	e281009	Health Literacy Promotion Model for Stroke Prevention among Hypertensive Patients in the Community Pudsadee Korjedee, Jarunee Janpleng, Prang Jakchai
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอ ความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ในสถานบริการปฐมภูมิ พัฒนา เศรษฐวิชรานิช วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ ณัฐพัชร กองแป้น	e281144	Predicting Health Behaviors for Delaying the Progression of Chronic Kidney Disease Stages 2-3 at Primary Care Services Pattana Sattawatcharawanij, Wadeerat Sriwongwan, Nattaphat Kongpan

สารบัญ	หน้า PAGE	CONTENTS
<p>นิพนธ์ต้นฉบับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ประเสริฐ ประกายรุ่งทอง ธีรนุช ชละเอม สุรพงษ์ โพธิ์แก้ว ธนภัทร ประกายรุ่งทอง แสงเดือน แสงสระศรี</p>	e281163	<p>Original Articles Factors Associated with Blood Pressure Control among Hypertensive Patients in Mueang District, Nonthaburi Province Prasert Prakairungtong Teeranuch Chala-em, Suraphong Phokaew, Tanapat Prakairungtong, Saengduan Sangsarsri</p>
<p>การรับรู้การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ศิริพร โอภาสวัตชัย จุฬารัตน์ หัวหาญ วลีรัตน์ แตรตุลาการ</p>	e281459	<p>Nursing Students' Perceptions of Humanized Care in Colleges of Nursing Affiliated with the Ministry of Public Health, Thailand Wareerat Traetulakarn, Siriporn Opasawatjai, Chularat Howharn</p>
<p>การศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานแท่นนอกชายฝั่งอ่าวไทย วิโรจน์ เลียงวงษ์ นิสากร กรุงไกรเพชร รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์</p>	e281879	<p>A Study of Health Promotion Behavior and Factors Predicting Health Promotion Behavior Among Offshore Platform Workers in the Gulf of Thailand Wirot Liangwong, Nisakorn Krungkraipetch, Rungrat Srisuriyawet</p>
<p>สมรรถนะ และบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการเบาหวานในชุมชน ปกครอง พงษ์พัฒน์พิสิฐ ปรีชยา แจ้งทวี นภัสวรรณ นามบุญศรี เสาวรส มีกุล วรณวิไล อุตรวีเชียร เชนจ์ ปรีเปรม เวหา เกษมสุข เอกพัชร เสียงเทียน</p>	e282906	<p>Stakeholders' Competencies and Roles of Diabetes Management in a Community Pokkrong Pongpattanapisit, Preechaya Jangtawee, Napaswan Namboonsri, Saovaros Meekusol, Wanwilai Outtarawichian, Change Preeprem, Weha Kasemsuk, Eakapat Siangtian</p>
<p>อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด จินตนาภัส แสงงาม ภัทรนุช วิฑูรสกุล รุ่งนภา สันติพิพัฒน์ ปรียาภรณ์ แสงสุวรรณ</p>	e283348	<p>The Influence of Personal Factors and E-Health Literacy on Self-Management Behaviors among Adolescent Patients with Asthma Jinnaphat Sangngam, Pattaranuch Witoonsakul, Rungnapa Santipipat, Preeyaporn Sangsuwan</p>

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
BCNNON HEALTH SCIENCE RESEARCH JOURNAL
ISSN 3027-6659 (Online)

ปีที่ 19 ฉบับที่ 3: กันยายน – ธันวาคม 2568

Vol.19 No.3: September – December 2025

สารบัญ

หน้า
PAGE

CONTENTS

นิพนธ์ต้นฉบับ
การเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองของผู้เป็น
เบาหวานในโลกยุคใหม่ : บทบาทเชิงรุกของ
พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทีมสุขภาพ
(บทความวิชาการ)
นางณภัทร รุ่งเนย ศิริพร ครุฑกาศ จันทร์จิรา สีสว่าง
จุไรรัตน์ ดวงจันทร์

e279896

Original Articles
Enhancing Self-Management Skills in
Individuals with Diabetes in the Modern
Era: The Proactive Role of Registered
Nurses and Healthcare Teams
(Academic Article)
Nongnaphat Rungnoei, Siriporn Kruttakart,
Junjira Seesawang, Churairat Duangchan

ปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชาชน พื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี

ศิริวรรณ ตุงรงค์เรือง* เพ็ญศิริ สันตโยภาส*

บทคัดย่อ

บทนำ : การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อโครงสร้างทางสังคมและระบบสาธารณสุข การเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและคุณภาพชีวิตในอนาคต

วัตถุประสงค์ : เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอิทธิพลของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชาชนในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 40-59 ปี จำนวน 367 คน จากพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.38\pm 0.54$) โดยด้านจิตใจและจิตวิญญาณมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}=2.72$) และด้านสุขภาพร่างกายน้อยที่สุด ($\bar{X}=2.18$) ปัจจัยที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta=0.318$, $B=0.235$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta=0.275$) การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ($\beta=0.168$) และทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ ($\beta=0.155$) โดยปัจจัยทั้งสี่ร่วมกันสามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุได้ร้อยละ 39.9 (Adjusted $R^2=0.399$, $p<0.001$)

สรุปผล : การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง แนะนำให้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมที่เน้นการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง ปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการสูงอายุ

คำสำคัญ : การเตรียมความพร้อม ผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ศิริวรรณ ตุงรงค์เรือง, E-mail: Siriwan.tu@northbkk.ac.th

Received: July 26, 2025

Revised: December 29, 2025

Accepted: December 29, 2025

Factors Affecting Readiness for Aging among Residents in Metropolitan Periphery Areas

Siriwan Turongruang* Pensiri Santayopas*

Abstract

Background: The rapid aging of Thailand's population has significantly affected social structures and the healthcare system. Preparing individuals in the pre-elderly age group is therefore essential to accommodate demographic changes and to enhance quality of life in later years.

Objective: To analyze the relationships and influences of factors affecting preparedness for entering old age among people living in a subdistrict of Pathum Thani Province.

Methods: This descriptive cross-sectional study included 367 participants aged 40–59 years residing in a subdistrict of Pathum Thani Province. Participants were selected using systematic random sampling. Data were collected using a questionnaire on preparedness for entering old age and analyzed with descriptive statistics and multiple regression analysis.

Results: Overall preparedness for entering old age was moderate ($\bar{x}=2.38\pm0.54$). The highest mean score was found in the psychological and spiritual dimension ($\bar{x}=2.72$), while the lowest was in physical health preparedness ($\bar{x}=2.18$). Statistically significant factors influencing preparedness included social support ($\beta=0.318$, $B=0.235$), self-efficacy ($\beta=0.275$), access to health services ($\beta=0.168$), and attitudes toward aging ($\beta=0.155$). These four factors together explained 39.9% of the variance in preparedness for entering old age (Adjusted $R^2=0.399$, $p<0.001$).

Conclusion: Preparedness for entering old age among the pre-elderly population was moderate. It is recommended to develop health promotion programs that strengthen social support networks, enhance self-efficacy, improve access to health services, and foster positive attitudes toward aging.

Keywords: Preparedness for aging, elderly, self-efficacy, social support

* Faculty of Nursing, North Bangkok University

Corresponding author: Siriwan Turongruang, E-mail: Siriwan.tu@northbkk.ac.th

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1.4 พันล้านคน (World Health Organization [WHO], 2022) การเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์นี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในประเทศพัฒนาแล้วเท่านั้น แต่ยังขยายสู่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วย ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทย สิงคโปร์ และเวียดนาม ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด (United Nations Population Fund, 2023) ในบรรดาประเทศเหล่านี้ ประเทศไทยถือเป็นประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็วที่สุด โดยปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 13.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.1 ของประชากรทั้งหมด (National Statistical Office [NSO], 2024) และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ซึ่งจัดเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสูง (Super-aged society) (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2023) เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุดังกล่าว กลุ่มประชากรวัยก่อนสูงอายุ (40-59 ปี) จึงกลายเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากกลุ่มนี้มีถึงจำนวน 19.2 ล้านคน หรือร้อยละ 29.1 ของประชากรทั้งหมด (NSO, 2024) และจะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในอีก 10-20 ปีข้างหน้า การเตรียมความพร้อมของกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในอนาคต ในบรรดาพื้นที่เขตปริมณฑลของกรุงเทพมหานคร พื้นที่ตำบลบึงยี่โถ อำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ถูกเลือกเป็นพื้นที่ศึกษาเนื่องจากเป็นพื้นที่ชานเมืองที่มีความหลากหลายของประชากร ทั้งแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ มีการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของประชากรวัยทำงาน และมีระบบบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุม สามารถเป็นตัวแทนของประชากรวัยทำงานในพื้นที่ชานเมืองของประเทศไทยได้ โดยลักษณะประชากรและโครงสร้างทางสังคมสะท้อนถึงสภาพของพื้นที่เขตปริมณฑลโดยทั่วไป ซึ่งมีการขยายตัวของเมืองและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจากสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมอุตสาหกรรมและบริการ

พื้นที่เขตปริมณฑลเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว โดยมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากพื้นที่เมืองและชนบท คือมีประชากรหลากหลายทั้งแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ มีการเคลื่อนย้ายประชากรจากชนบทมาทำงาน และมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งส่งผลต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและการเตรียมความพร้อมสำหรับวัยสูงอายุ งานวิจัยนี้เติมเต็มช่องว่างจากงานวิจัยก่อนหน้าใน 3 ประการ 1) เป็นการศึกษาเฉพาะในบริบทพื้นที่เขตปริมณฑลซึ่งมีลักษณะแตกต่างจากพื้นที่เมืองและชนบท แต่มีการศึกษาจำกัด 2) เป็นการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model อย่างเป็นทางการซึ่งครอบคลุมปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งยังไม่พบในวรรณกรรมที่ทบทวน และ 3) เป็นการศึกษาการเตรียมความพร้อมแบบองค์รวมในหลายมิติ ทั้ง 6 ด้าน ไม่ใช่เพียงด้านเดียว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (Successful Aging) ของ Rowe and Kahn (2015) ที่เน้นการรักษาสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี การมีส่วนร่วมทางสังคม และการมีศักยภาพในการทำหน้าที่ต่างๆ ในชีวิต

ความตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้ผลกระทบเกิดขึ้นในหลายมิติ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ระดับประเทศที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบจากการไม่เตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในหลายมิติ ในมิติสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 89.1 มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (National Health Security Office, 2023) ในมิติเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุร้อยละ 74.3 ไม่มีรายได้เหลือเก็บ (NSO, 2024) และในมิติสังคม ผู้สูงอายุร้อยละ 28.5 อาศัยอยู่ตามลำพัง (Department of Older Persons, 2023) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้

การศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมีความเป็นระบบและครอบคลุม งานวิจัยนี้จึงประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ซึ่งเป็นแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมและมีการใช้อย่างแพร่หลายในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ แบบจำลองนี้มุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยในสามกลุ่มหลัก ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ซึ่งในการศึกษานี้คือทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุและการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยสอดคล้องกับทฤษฎี Self-efficacy ของ Bandura (1997) ที่อธิบายว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ในที่นี้คือ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นต่อการเตรียมความพร้อม และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ของ House (1981) ที่อธิบายถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม เพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น แต่ยังคงมีข้อจำกัดในหลายประเด็น การศึกษาของ Abud et al. (2022) ได้ทบทวนปัจจัยของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (healthy aging) อย่างเป็นระบบและพบว่า ปัจจัยสำคัญประกอบด้วยกิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหาร การตระหนักรู้ในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในบริบทประเทศพัฒนาแล้ว ขณะที่การศึกษาของ Belachew et al. (2024) ที่ศึกษาในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และปานกลางพบว่าปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ แต่การศึกษาในบริบทพื้นที่เขตปริณณฑลที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากพื้นที่เมืองและชนบทยังมีจำกัด การศึกษาของ Wu and Sheng (2019) ได้ประยุกต์ใช้การวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับ การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้แบบจำลองที่เป็นระบบ อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้ PRECEDE-PROCEED Model ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมปัจจัยนำ ปัจจัย เอื้อ และปัจจัยเสริมในการศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุยังไม่พบ ในวรรณกรรมที่ทบทวน นอกจากนี้ การศึกษาของ Phichitkulthama et al. (2020) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุใน อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับพื้นที่เขตปริณณฑล พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวยังเน้นไปที่ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเป็นหลัก ยังไม่ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมแบบองค์รวมในหลายมิติตามแนวคิด การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (Successful Aging) การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว ดังที่ปรากฏใน การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของ Takács and Nyakas (2022) และการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ของ Górska et al. (2022) ขณะที่การศึกษาในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (40-59 ปี) ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เหมาะสมสำหรับการเตรียมความพร้อมและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ยังมีจำกัด การศึกษาที่มีอยู่มักศึกษาการเตรียมความพร้อมเฉพาะ ด้านใดด้านหนึ่ง เช่น ด้านสุขภาพหรือด้าน เศรษฐกิจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบ ช่องว่างความรู้ (Gap of knowledge) ที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การศึกษาส่วนใหญ่เน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว แต่การศึกษาในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (40-59 ปี) ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เหมาะสมสำหรับการเตรียมความพร้อมยังมีจำกัด 2) การศึกษาที่มีอยู่ มักศึกษาการเตรียมความพร้อมเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง (เช่น ด้านสุขภาพหรือด้าน เศรษฐกิจ) แต่การศึกษาศึกษาการเตรียมความพร้อมแบบองค์รวมที่ครอบคลุมหลายมิติตาม แนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จยังไม่เพียงพอ และ 3) การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุยังไม่พบ ในวรรณกรรมที่ทบทวน

การวิจัยครั้งนี้จึงพยายามปิดช่องว่างความรู้ดังกล่าว โดยการ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุแบบองค์รวมในกลุ่ม วัยก่อนสูงอายุ (40-59 ปี) ด้วยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ที่ครอบคลุมปัจจัยในสามกลุ่มหลัก เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถ นำไปพัฒนา กลยุทธ์และแนวทางการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบและ มีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้จึงมีความสำคัญและคาดว่าจะก่อให้เกิดประโยชน์ในหลาย มิติ ในมิติวิชาการ จะสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัย ผู้สูงอายุในบริบทไทย โดยเฉพาะในพื้นที่เขตปริมณฑล ในมิตินโยบาย จะเป็น ข้อมูล พื้นฐานสำหรับการกำหนดนโยบายและแผนงานด้านผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นและระดับ ชาติ ในมิติ ปฏิบัติ จะเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเตรียมความพร้อม เพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ และในมิติเศรษฐกิจ จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพและสังคมในอนาคต โดยการส่งเสริมให้ประชาชนเตรียมความพร้อมอย่าง เหมาะสมและทันเวลา

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชาชนในพื้นที่เขตปริมณฑล โดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนา กลยุทธ์และแนวทางการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

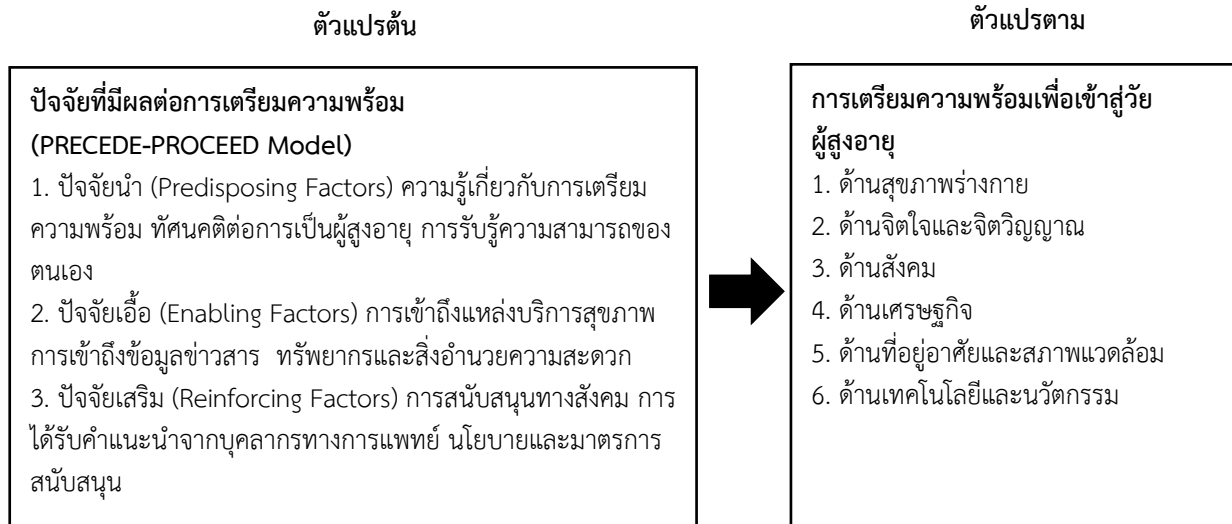
1. เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชาชนในพื้นที่ ตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชาชนในพื้นที่ ตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ (ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ) และปัจจัยเสริม (การสนับสนุนทางสังคม) ร่วมกันส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชาชนอายุ 40-59 ปี ในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ซึ่งจำแนกปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่มหลัก โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและเลือกศึกษา 4 ปัจจัยที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ชัดเจนจากการศึกษาก่อนหน้า ประกอบด้วย 1. ปัจจัยนำ (Predisposing factors) 2 ปัจจัย ได้แก่ (1) ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (2020) และ (2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ตามทฤษฎี Self-efficacy ของ Bandura (1997) 2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) 1 ปัจจัย คือ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ 3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) 1 ปัจจัย คือ การสนับสนุนทางสังคม ตามทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ของ House (1981) ปัจจัยทั้ง 4 นี้คาดว่าจะส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม และด้านเทคโนโลยี ตามแนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (Successful Aging) ของ Rowe and Kahn (2015) ตามแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนไทยอายุ 40-59 ปี ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลบึงยี่โถ อำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 5,780 คน ตามข้อมูลจากสำนักทะเบียนท้องถิ่นเทศบาลตำบลบึงยี่โถ ปี พ.ศ. 2567 การเลือกกลุ่มประชากรอายุ 40-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณจากสูตร Daniel and Cross (2018) ใช้ค่า p จากการศึกษาของ Phichitkulthama et al. (2020) ที่ร้อยละ 64.1 กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน 5% ได้จำนวน 334 คน เพิ่ม 10% เป็นจำนวน 367 คน เพื่อป้องกันการตอบไม่ครบ

สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) คำนวณระยะห่าง $K=5,780/367=16$ จับฉลากได้จุดเริ่มต้นที่ 7 จากนั้นเลือกตามลำดับ 7, 23, 39, 55... จนครบตามสัดส่วนในแต่ละชุมชน วิธีนี้ช่วยให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร เนื่องจาก (1) ครอบคลุมทุกชุมชนย่อย (2) แบ่งสัดส่วนตามขนาดประชากร (3) ลดความลำเอียงในการคัดเลือก และ (4) มีขนาดเพียงพอสำหรับการอ้างอิงไปยังประชากรทั้งหมด 5,780 คน ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95% เกณฑ์คัดเข้า 1) สัญชาติไทย 2) อายุ 40-59 ปี 3) อาศัยในตำบลบึงยี่โถอย่างน้อย 6 เดือน 4) สื่อสารภาษาไทยได้ดี และ 5) ยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์คัดออก 1) ป่วยติดเตียงหรือมีภาวะสุขภาพที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และ 2) อยู่ระหว่างการรักษาโรคที่ส่งผลกระทบต่อตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วนหลัก ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล 7 ข้อ เป็นแบบตัวเลือกและแบบเติมข้อความ ครอบคลุมตัวแปรที่อาจส่งผลกระทบต่อเตรียมความพร้อม ส่วนที่ 2-6 เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5-point Likert scale) โดยส่วนที่ 2 วัดทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ 10 ข้อ ส่วนที่ 3 วัดการรับรู้ความสามารถของ

ตนเอง 10 ข้อ ส่วนที่ 4 วัดการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ 8 ข้อ ส่วนที่ 5 วัดการสนับสนุนทางสังคม 9 ข้อ และส่วนที่ 6 วัดการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุครอบคลุม 6 ด้าน รวม 31 ข้อ ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย 8 ข้อ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 6 ข้อ ด้านสังคม 5 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 5 ข้อ ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม 4 ข้อ และด้านเทคโนโลยี 3 ข้อ

การแปลผลข้อมูลการแปลผลข้อมูลแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณจากสูตรความกว้างของ อันตรภาคชั้น $(5-1)/3=1.33$ ได้เกณฑ์ ระดับต่ำ (1.00-2.33) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) และระดับสูง (3.68-5.00)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การเลือกผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญหลากหลายช่วยให้ได้ข้อเสนอแนะที่ครอบคลุมทั้งมิติทางทฤษฎีและการปฏิบัติ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ($IOC \geq 0.5$)

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในพื้นที่ตำบลบ้านกลาง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ทดลองวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น ที่สอดคล้องต่อการเป็นผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ ทุกค่ามีความเชื่อมั่นในระดับดีมากว่า 0.79

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เลขที่รับรอง NS15/2567 เมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2567 การดำเนินการวิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างใน 4 ประเด็นหลัก

1) การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในสถานที่และเวลาที่เหมาะสม โดยไม่ก่อให้เกิดความรำคาญ

2) การเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัยอย่างละเอียด กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม (Informed consent) ก่อนเข้าร่วมวิจัย

3) การไม่เปิดเผยข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อในกรบันทึกข้อมูล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

4) การป้องกันความเสี่ยง กระบวนการเก็บข้อมูลไม่ก่อให้เกิดอันตรายทางร่างกายหรือจิตใจ และหากพบความผิดปกติระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้การช่วยเหลือทันที

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง 15 มกราคม พ.ศ. 2568 ในช่วงเวลา 08.30-16.30 น. ขั้นตอนการเก็บข้อมูลเริ่มจากการติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เพื่อสร้างความเข้าใจและความร่วมมือ จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่สุ่มได้ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนแจกแบบสอบถาม กลุ่ม

ตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาทีต่อคน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือกรณีมีข้อสงสัย เมื่อตอบเสร็จจะตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลทันทีก่อนเก็บรวบรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สำหรับวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปและระดับของตัวแปร การแปลผลแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับจากสูตรความกว้างของอันตรภาคชั้น $(5-1)/3 = 1.33$ ได้เกณฑ์ ระดับต่ำ (1.00-2.33) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) และระดับสูง (3.68-5.00)

2) การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ใช้ Pearson's correlation coefficient ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามก่อนเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอย

3) การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อม โดยมีตัวแปรอิสระ 4 ตัว (ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม) และตัวแปรตาม 1 ตัว (การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ ได้แก่ การแจกแจงแบบปกติ ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ความแปรปรวนคงที่ ความเป็นอิสระของความคลาดเคลื่อน และการไม่มี multicollinearity (ตรวจสอบจากค่า VIF < 10 และ Tolerance > 0.1)

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 367 คน ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ ดังนี้

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.4 อายุเฉลี่ย 49.72±5.64 ปี โดยกลุ่มอายุ 40-49 ปีมีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 52.6 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.8 และระดับประถมศึกษา ร้อยละ 24.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.2 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 32.7 รองลงมาคือพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 25.6 ค่ามัธยฐานของรายได้ 15,000 บาท ต่อเดือน โดยร้อยละ 48.2 มีรายได้ 10,000-19,999 บาท นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55.3 มีผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ตระหนักถึงความจำเป็นในการเตรียมความพร้อม

ปัจจัยที่ศึกษา ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.4 ($\bar{X}=2.61\pm 0.53$) การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.0 ($\bar{X}=2.52\pm 0.56$) การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.2 ($\bar{X}=2.54\pm 0.55$) และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.8 ($\bar{X}=2.44\pm 0.57$) การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมโดยรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.9 ($\bar{X}=2.38\pm 0.54$) เมื่อจำแนกรายด้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุแยกตามด้าน (n=367)

ด้านการเตรียมความพร้อม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	2.72	0.48	สูง
ด้านสังคม	2.68	0.52	ปานกลาง
ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม	2.58	0.58	ปานกลาง
ด้านเศรษฐกิจ	2.48	0.62	ปานกลาง

ด้านการเตรียมความพร้อม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม	2.36	0.70	ปานกลาง
ด้านสุขภาพร่างกาย	2.18	0.48	ปานกลาง
รวม	2.38	0.54	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่าการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและจิตวิญญาณมีค่าสูงสุด (\bar{X} =2.72) ซึ่งสะท้อนถึงวัฒนธรรมไทยที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทางจิตใจ รองลงมาคือด้านสังคม (\bar{X} =2.68) ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม (\bar{X} =2.58) ด้านเศรษฐกิจ (\bar{X} =2.48) และด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม (\bar{X} =2.36) ตามลำดับ ขณะที่ด้านสุขภาพร่างกายมีค่าต่ำสุด (\bar{X} =2.18) ทั้งที่เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญสำหรับคุณภาพชีวิตในวัยผู้สูงอายุ การที่ด้านสุขภาพร่างกายมีค่าต่ำสุดอาจเป็นผลจากข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป นอกจากนี้ ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมมีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายในการปรับตัวเข้ากับเทคโนโลยีใหม่ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ในขณะที่ด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นถึงความกังวลเกี่ยวกับความมั่นคงทางการเงินสำหรับวัยผู้สูงอายุโดยรวมแล้ว ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงการเตรียมความพร้อมที่ไม่สมดุลระหว่างด้านต่าง ๆ โดยเน้นไปที่ด้านจิตใจและสังคม แต่ยังขาดการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพร่างกายซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีในวัยผู้สูงอายุ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อม การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (n=367)

ปัจจัย	B	β	t	p-value
ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ	0.105	0.155	3.088	0.001*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.198	0.275	5.657	<0.001*
การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	0.112	0.168	3.500	0.003*
การสนับสนุนทางสังคม	0.235	0.318	5.875	<0.001*

R = 0.636, R² = 0.405, Adjusted R² = 0.399, F = 21.824, p-value < 0.001 *นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่าปัจจัยทั้งสี่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลสูงสุด (β =0.318, t=5.875, p<0.001) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และชุมชนมีบทบาทสำคัญที่สุดในการส่งเสริมการเตรียมความพร้อม รองลงมาคือการรับรู้ความสามารถของตนเอง (β =0.275, t=5.657, p<0.001) ซึ่งสะท้อนความสำคัญของความเชื่อมั่นในตนเองต่อการดำเนินพฤติกรรมเตรียมความพร้อม การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพมีอิทธิพลปานกลาง (β =0.168, t=3.500, p=0.003) แสดงถึงบทบาทของระบบบริการสุขภาพในการสนับสนุนการเตรียมความพร้อม และทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุมีอิทธิพลน้อยที่สุดแต่ยังคงมีนัยสำคัญ (β =0.155, t=3.088, p=0.001)

ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทั้งสี่ร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 39.9 (Adjusted R²=0.399, F=21.824, p<0.001) ซึ่งถือว่าเป็นระดับที่ยอมรับได้ในการศึกษาทางสังคมศาสตร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R=0.636) แสดงถึงความสัมพันธ์ในระดับแข็งแกร่งระหว่างปัจจัยทำนายและตัวแปรตาม ผลการวิเคราะห์นี้สนับสนุนความเหมาะสมของกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL ในการอธิบายพฤติกรรมเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการยืนยันบทบาทของปัจจัยเสริม (การสนับสนุนทางสังคม) ปัจจัยนำ (ทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเอง) และปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

อภิปรายผล

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยและการขยายตัวของเขตปริมณฑลส่งผลให้การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุมีความสำคัญเพิ่มขึ้น การวิจัยนี้วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมของประชาชนวัยก่อนสูงอายุในพื้นที่เขตปริมณฑลโดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ตามประเด็นสำคัญดังนี้

1. บทบาทของการสนับสนุนทางสังคมต่อการเตรียมความพร้อม

การวิเคราะห์ถดถอยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์สูงสุด ($\beta=0.318$) ซึ่งยืนยันทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ที่ House (1981) เสนอไว้เกี่ยวกับอิทธิพลของเครือข่ายสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพ การค้นพบนี้ได้รับการสนับสนุนจากการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Takács and Nyakas (2022) ที่แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมและการบูรณาการทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้และมีประสิทธิภาพในการป้องกันผลกระทบเชิงลบของการสูงอายุ นอกจากนี้ การศึกษาของ Wu and Sheng (2019) เพื่อวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์และพบว่าเครือข่ายเพื่อนบ้านมีอิทธิพลต่อ healthy aging มากกว่าเครือข่ายครอบครัวและเพื่อน ซึ่งชี้ให้เห็นความสำคัญของการสร้างเครือข่ายสนับสนุนในระดับชุมชน ข้อค้นพบนี้มีนัยสำคัญต่อพื้นที่เขตปริมณฑลที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้การสนับสนุนจากชุมชนมีบทบาทสำคัญยิ่งขึ้น ในทางตรงกันข้าม การศึกษาบางงานในประเทศตะวันตก เช่น การศึกษาของ Berkman et al. (2000) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีอิทธิพลมากกว่าเครือข่ายชุมชน ซึ่งแตกต่างจากบริบทไทยที่วัฒนธรรมการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชนยังคงมีบทบาทสำคัญ

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) และ ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological Resilience)

ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์อันดับที่สอง ($\beta=0.275$) ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ Bandura (1997) พัฒนาขึ้น การวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ของ Górska et al. (2022) ที่วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความยืดหยุ่นทางจิตใจ ในผู้สูงอายุจาก 37 การศึกษา และพบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ในระดับแข็งแกร่งกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health-promoting lifestyle) และ การมองโลกในแง่ดี (optimism) การศึกษาของ Wu and Sheng (2019) เสริมความเข้าใจโดยแสดงให้เห็นว่าสมรรถนะแห่งตนมีผลกระทบโดยตรงต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (health aging) มากกว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health-promoting behavior) ซึ่งบ่งชี้ถึงความสำคัญของความเชื่อมั่นในตนเองเป็นพื้นฐานของการเตรียมความพร้อม ผลการศึกษานี้มีนัยสำคัญเชิงปฏิบัติ โดยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่มุ่งเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ จะช่วยเพิ่มการเตรียมความพร้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การเข้าถึงบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์ปานกลาง ($\beta=0.168$) ซึ่งสะท้อนผลสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sánchez-Sánchez et al. (2024) ที่ทำการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน เกี่ยวกับศักยภาพโดยธรรมชาติ (intrinsic capacity) และพบว่าความสามารถทางกาย จิตใจ การเคลื่อนไหว พลังชีวิต และการรับรู้มีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับความเสี่ยงต่อการเสื่อมสมรรถภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาศักยภาพโดยธรรมชาติซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ค่าสัมประสิทธิ์ที่ไม่สูงมาก

อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและยังไม่ได้ใช้บริการสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปีและการเข้าถึงบริการป้องกันโรค

4. ทักษะคิดเชิงบวกเป็นรากฐานของแรงจูงใจ

แม้ว่าทักษะคิดต่อการเป็นผู้สูงอายุจะมีค่าสัมประสิทธิ์น้อยที่สุด ($\beta=0.155$) แต่ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ที่ Ajzen (2020) เสนอเกี่ยวกับบทบาทของทักษะคิดต่อการกำหนดพฤติกรรม ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Levy et al. (2002) ที่แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างทักษะคิดเชิงบวกต่อการสูงอายุกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ในทางกลับกัน การวิเคราะห์ห่อภิมาณ ของ Trică et al. (2024) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (resilience) และการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (successful aging) และพบว่าทักษะคิดต่อการสูงอายุมีความเชื่อมโยงอย่างแน่นแฟ้นกับ กับความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological resilience) แม้ค่าสัมประสิทธิ์จะไม่สูงมาก แต่ทักษะคิดเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการเริ่มต้นและคงอยู่ของพฤติกรรมเตรียมความพร้อม การมีทักษะคิดเชิงบวกต่อการสูงอายุจะช่วยสร้างแรงจูงใจและลดอุปสรรคทางจิตใจในการเตรียมตัว การศึกษานี้ยืนยันความเหมาะสมของกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ในการอธิบายพฤติกรรมเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยปัจจัยทั้งสองร่วมกันสามารถทำนายความแปรปรวนของการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุได้ร้อยละ 39.9 (Adjusted $R^2=0.399$, $F=21.824$, $p<0.001$) ซึ่งแสดงถึงความสำคัญของการพัฒนากลยุทธ์แบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในพื้นที่เขตปริมณฑล

5. ระดับการเตรียมความพร้อมในบริบทพื้นที่เขตปริมณฑล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง โดยด้านจิตใจและจิตวิญญาณได้รับการเตรียมความพร้อมมากที่สุด ในขณะที่ด้านสุขภาพร่างกายได้รับการเตรียมความพร้อมน้อยที่สุด ผลนี้สอดคล้องกับงานของ Abud et al. (2022) ที่พบว่าทวนปัจจัยกำหนดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอย่างเป็นระบบและพบว่าการตระหนักรู้ในตนเองและมุมมองต่อการสูงอายุเป็นองค์ประกอบสำคัญ อย่างไรก็ตาม การที่ด้านสุขภาพร่างกายมีระดับต่ำที่สุดสะท้อนถึงข้อจำกัดที่ Belachew et al. (2024) ระบุในการศึกษาเชิงเปรียบเทียบว่าปัจจัยสังคมเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพในประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานที่มีทรัพยากรจำกัด การค้นพบนี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่ายและเหมาะสมกับบริบทของคนที่ทำงานในพื้นที่เขตปริมณฑล

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชาชนในพื้นที่ตำบลบึงอีโถ อำเภोधัญบุรี จังหวัดปทุมธานี มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยทั้งสี่ด้าน โดยการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลสูงสุด รองลงมาคือการรับรู้ความสามารถของตนเอง การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ และทักษะคิดต่อการเป็นผู้สูงอายุตามลำดับ ปัจจัยทั้งสองร่วมกันสามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุได้ร้อยละ 39.9 (Adjusted $R^2=0.399$, $p<0.001$) จากระดับของความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางถึงแข็งแกร่งนี้ สะท้อนให้เห็นว่าหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เข้าถึงบริการสุขภาพได้ และมีทักษะคิดเชิงบวกต่อการสูงอายุ จะมีแนวโน้มเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุในพื้นที่เขตปริณทลต้องการการพัฒนาแบบบูรณาการจากหลายมิติ การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดตามผลการศึกษา หน่วยงานระดับท้องถิ่นควรจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับประชาชนวัยก่อนสูงอายุเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสร้างความสัมพันธ์ในชุมชน การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองผ่านการจัดหลักสูตรการเตรียมความพร้อมที่ครอบคลุมทั้งการวางแผนทางการเงิน การดูแลสุขภาพ และการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลง จะช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง การขยายบริการสุขภาพเชิงป้องกันในระดับชุมชนโดยเพิ่มการตรวจสุขภาพประจำปีและการให้คำปรึกษาเฉพาะทางจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ การหล่อหลอมทัศนคติเชิงบวกต่อการสูงอายุผ่านการนำเสนอแบบอย่างผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดีและการใช้ช่องทางการสื่อสารในชุมชนจะช่วยลดอคติเชิงลบและสร้างแรงบันดาลใจในการเตรียมตัว ข้อเสนอแนะเหล่านี้ควรนำไปปรับใช้ตามบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในพื้นที่เขตปริณทลอื่น ๆ และขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมประชาชนที่มีความหลากหลายทางสังคมเศรษฐกิจมากขึ้น
2. ควรมีการดำเนินการศึกษาติดตามในระยะยาว เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของการเตรียมความพร้อมและผลลัพธ์ในระยะยาว
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผล เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากปัจจัยในการศึกษานี้อธิบายได้เพียงร้อยละ 39.9
4. ควรมีการพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมการเตรียมความพร้อมที่อิงจากผลการศึกษา และประเมินประสิทธิผลอย่างเป็นระบบ

References

- Abud, T., Kounidas, G., Martin, K. R., Werth, M., Cooper, K., & Myint, P. K. (2022). Determinants of healthy ageing: A systematic review of contemporary literature. *Aging Clinical and Experimental Research*, 34(6), 1215–23. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-02049-w>
- Ajzen, I. (2020). The theory of planned behavior: Frequently asked questions. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2(4), 314–24. <https://doi.org/10.1002/hbe2.195>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Belachew, A., Cherbuin, N., Bagheri, N., & Burns, R. (2024). A systematic review and meta-analysis of the socioeconomic, lifestyle, and environmental factors associated with healthy ageing in low and lower-middle-income countries. *Journal of Population Ageing*, 17, 365–87. <https://doi.org/10.1007/s12062-024-09444-x>
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–57. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
- Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2018). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (11th ed.). John Wiley & Sons.

- Department of Older Persons. (2023). *Situation of the Thai older persons 2023*. Ministry of Social Development and Human Security.
https://www.dop.go.th/download/statistics/th1738230377-2563_0.pdf (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2023, October 3). *Situation of the thai elderly 2022*. <https://thaitgri.org/?p=40208> (in Thai)
- Górska, S., Singh Roy, A., Whitehall, L., Irvine Fitzpatrick, L., Duffy, N., & Forsyth, K. (2022). A systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with resilience of normally aging, community-living older adults. *The Gerontologist*, *62*(9), e520–e533. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab110>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support* (Addison-Wesley Series on Occupational Stress, Vol. 4). Addison-Wesley Publishing Company.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*(2), 261–70. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>
- National Health Security Office. (2023). *NHSO Annual Report 2023*.
<https://www.nhso.go.th/th/aboutus-th/reports-annual/2024-11-21-06-39-26/55632-nhso-annual-report-2023> (in Thai)
- National Statistical Office. (2024). *The 2024 survey of the older persons in Thailand*.
<https://www.nso.go.th> (in Thai)
- Phichitkulthama, P., Chaichana, S., & Wongmanee, N. (2020). Predictive factors for health preparedness to enter an aging society among people in Wang Chan District, Rayong Province. *Journal of Nursing and Health Care*, *38*(3), 156–65. (in Thai)
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. *The Journals of Gerontology: Series B*, *70*(4), 593–6.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
- Sánchez-Sánchez, J. L., Losada-Baltar, A., Lu, W. H., Gallardo-Gómez, D., del Pozo Cruz, B., de Souto Barreto, P., Lucia, A., & Valenzuela, P. L. (2024). Association of intrinsic capacity with functional decline and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *The Lancet Healthy Longevity*, *5*(7), e467–e477. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(24\)00092-8](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00092-8)
- Takács, J., & Nyakas, C. (2022). The role of social factors in the successful ageing – Systematic review. *Developments in Health Sciences*, *4*(1), 11–20.
<https://doi.org/10.1556/2066.2021.00044>
- Trică, A., Golu, F., Sava, N. I., Licu, M., Zanfirescu, S. A., Adam, R., & David, I. (2024). Resilience and successful aging: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychologica*, *248*, Article 104357. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104357>

United Nations Population Fund. (2023, September 4). *Summary report: Expert group meeting on population ageing and low fertility (11-12 July 2023)*. UNFPA Asia-Pacific Regional Office. <https://asiapacific.unfpa.org/en/resources/summary-report-expert-group-meeting-population-ageing-and-low-fertility-11-12-july-2023>

World Health Organization. (2022). *Decade of healthy ageing 2021-2030*. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

Wu, F., & Sheng, Y. (2019). Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults: A pathway analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 85, Article 103934. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103934>

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนากับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ หลังการติดเชื้อโควิด-19

สุวิทย์ ถิ่นทับ* โรจณี จินตนาวัฒน์** พนิดา จันทโสภีพันธ์***

บทคัดย่อ

บทนำ : การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นปัจจัยที่สำคัญของการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อหาความสัมพันธ์ของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนากับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19

วิธีดำเนินการวิจัย : การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนากับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุหลังติดเชื้อโควิด-19 อย่างน้อย 3 เดือน และมีอาการลงโควิดอย่างน้อย 1 อาการ ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 84 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 และแบบวัดการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง ($M=98.45$, $S.D.=12.20$) มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในระดับต่ำ ($M=25.53$, $SD=3.33$) และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.01$ ($r=.26$)

สรุปผล : การวิจัยในครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และความผาสุกทางจิตวิญญาณให้กับผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 และมีอาการลงโควิด

คำสำคัญ : ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 ลงโควิด

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : โรจณี จินตนาวัฒน์, E-mail: rojanee.c@cmu.ac.th

Religious Practices and Spiritual Well-being of Older Persons with Post-COVID-19 Infection

Suwit Thinthub^{*} Rojanee Chintanawat^{**} Phanida Juntasopeepan^{***}

Abstract

Background: Religious practices play a vital role in promoting the spiritual well-being of older persons following COVID-19 infection.

Objectives: This study aimed to examine the relationship between religious practices and the spiritual well-being of older persons after recovering from COVID-19.

Methods: This descriptive correlational study investigated the association between religious practices and spiritual well-being among older persons who had recovered from COVID-19 for at least three months and exhibited at least one symptom of long COVID in Phitsanulok Province. The sample consisted of 84 participants. Data were collected using a personal information questionnaire, a spiritual well-being assessment scale for older persons after COVID-19 infection, and a questionnaire on religious activities. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

Results: The participants demonstrated a moderate level of spiritual well-being ($M=98.45$, $SD=12.20$) and a low level of religious practices ($M=25.53$, $SD=3.33$). Religious practices showed a low positive correlation with spiritual well-being, which was statistically significant at $p<.01$ ($r=.26$).

Conclusion: The findings suggest that promoting religious practices may enhance the spiritual well-being of older persons who have recovered from COVID-19 and continue to experience long COVID symptoms. This study provides useful insights for healthcare professionals in supporting spiritual health among this population.

Keywords: Spiritual well-being, religious practices, older persons with post-COVID-19 infection, Long COVID

^{*} Graduate Student of Nursing Science program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

^{**} Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

^{***} Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Corresponding Author: Rojanee Chintanawat, E-mail: rojanee.c@cmu.ac.th

บทนำ

โรคโควิด-19 เป็นโรคปอดอักเสบรุนแรงที่แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในช่วงปลายเดือนธันวาคม 2562 จนถึงเดือนเมษายน 2568 พบว่าประเทศสหรัฐอเมริกามียอดผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมด จำนวน 111.8 ล้านคน โดยประชากรทั้งประเทศที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 16.90 ซึ่งพบว่าร้อยละ 13.00 เป็นผู้ติดเชื้อโควิด-19 และยอดผู้เสียชีวิตสะสมทั้งหมด จำนวน 1.2 ล้านคน ซึ่งประมาณร้อยละ 76.00 ของผู้เสียชีวิตเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (World Health Organization [WHO], 2025) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 1.8 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 11.00 ของประชากรที่ติดเชื้อทั้งหมด และเสียชีวิต ร้อยละ 69.80 ของประชากรทั้งหมดที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 (Ministry of Public Health [MOPH], 2022) จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ติดเชื้อและเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 ได้มากกว่าวัยอื่น ๆ (Phakdiburut, 2018) ปัญหาที่เกิดจากการติดเชื้อโควิด-19 คือการเกิดอาการหลังการติดเชื้อหรืออาการผิดปกติภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 (Post COVID Syndrome or Long COVID) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 40-90 ของผู้ที่ป่วยด้วยโรคโควิด-19 (Halpin et al., 2021; Tenforde et al., 2020)

ภาวะลองโควิด (Long COVID) เป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่หรือเป็นอาการต่อเนื่องเรื้อรังภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ส่วนมากตั้งแต่ 3 เดือนนับจากวันที่ตรวจพบเชื้อ ซึ่งอาการดังกล่าวเกิดขึ้นได้หลายระบบ อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ปัญหาความจำ สมาธิสั้น ปัญหาการนอนหลับ ไอเรื้อรัง เจ็บหน้าอก มีปัญหาในการพูด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ สูญเสียการได้กลิ่น การรับรส ภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล เครียด ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ผม่วง หรือมีไข้ (WHO, 2021) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการลองโควิด เช่น ประเทศอิตาลี พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีอาการอย่างน้อยหนึ่งอาการในกลุ่มลองโควิด ร้อยละ 83 จากผู้ป่วยทั้งหมด 165 คน (Kuehn, 2022) ซึ่งอาการลองโควิด ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในการกลับไปดำเนินชีวิตปกติ ทั้งทางด้านร่างกาย จากการมีอาการหายใจลำบาก เจ็บหน้าอก เหนื่อย เมื่อยล้าง่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ด้านจิตใจ ที่อาจมีความกังวลจากอาการที่ไม่แน่นอนของโรคและจากประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจหลังติดเชื้อโควิด-19 หรือต้องอยู่คนเดียว ถูกแยกตัว ทำให้มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า และนอนไม่หลับ ด้านสังคมการดำเนินชีวิตและการเข้าสังคมของผู้ป่วยจะเปลี่ยนไป จากมาตรการต่าง ๆ ที่ค่อนข้างเข้มงวดในการป้องกันการระบาดของโรคจากภาครัฐ ส่วนในด้านจิตวิทยาผู้สูงอายุจะเกิดความกลัวการติดเชื้อ กลัวเสียชีวิต กลัวถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดความไม่สงบสุขในจิตใจและจิตวิทยาได้ (Thangkratok et al., 2022)

ความผาสุกทางจิตวิทยา เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล ที่แสดงออกถึงความสงบ ความสุข ความเข้มแข็งภายในจิตใจ มีความหวัง มีความคิดเชิงบวก เคารพคุณค่าในตนเอง ยอมรับในสิ่งที่ เป็นอยู่ สามารถรับมือกับความเครียด ความทุกข์ทางอารมณ์ รวมถึงการเจ็บป่วยเรื้อรังทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ (Promkaewngam & Namwong, 2017) ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 Coppola et al. (2021) ได้มีการศึกษาความผาสุกทางจิตวิทยาและสุขภาพจิต ในช่วงที่มีมาตรการปิดเมือง (Lockdown) ครั้งแรกของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เช่น การจำกัดการเคลื่อนย้ายประชาชน ปิดสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค เป็นต้น พบว่าชาวอิตาลีวัยผู้ใหญ่ จำนวน 1,250 คน มีความผาสุกทางจิตวิทยาในระดับต่ำกว่าก่อนการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สำหรับประเทศไทยยังไม่พบรายงานการวิจัยเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิทยาของผู้สูงอายุในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แต่มีการศึกษาของ Sangsoy et al. (2021) ที่ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และความผาสุกทางจิตวิทยาในผู้สูงอายุที่นับถือพุทธศาสนาซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

จำนวน 88 ราย พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.30$)

การเปลี่ยนแปลงระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อาจมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายด้าน เช่น ปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ เพศ สัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ สถานภาพสมรส รายได้ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การศึกษาของ Sangsoy et al. (2021) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณส่วนใหญ่เป็นปัจจัยภายในของแต่ละบุคคลที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ส่วนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่เป็นปัจจัยภายนอกนั้นเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยพบว่าเป็นปัจจัยสำคัญในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับมิติทางจิตวิญญาณมากกว่าวัยอื่น ๆ (Khamtham & Phrompradit, 2023) ดังนั้น การปฏิบัติกิจกรรมตามศาสนาจึงมีบทบาทสำคัญต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ช่วยให้สามารถปรับตัวได้ในทุกสถานการณ์ ซึ่งในประเทศไทยผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือพุทธศาสนา มักจะเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ (Limpanuntapong et al., 2025)

อย่างไรก็ตามในช่วงการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีการกำหนดมาตรการควบคุมโรคที่ค่อนข้างเข้มงวด เช่น งดการรวมกลุ่ม ผู้ติดเชื้อต้องแยกออกจากสังคม จึงมีผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาได้ตามปกติ ทำให้มีการควบคุมจิตใจ ความคิด ให้มีความสงบ และเป็นสุขได้ลดลง (Thangkratok et al., 2022) ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ชาวพุทธส่วนมากปฏิบัติ คือ บุญกิริยาวัตถุ 3 ได้แก่ ทาน ศีล และภาวนา จึงเป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุไทย (Sangsoy et al., 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศก่อนมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ และความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนากับความผาสุกทางจิตวิญญาณ อาจมีความแตกต่างกันในผู้สูงอายุที่มีอาการเรื้อรังหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด-19 ที่ต้องปฏิบัติตามมาตรการในการเฝ้าระวังควบคุมโรคโควิด-19 ที่เข้มงวด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนากับความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพ ในการให้คำแนะนำและส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 และมีอาการลองโควิด เพื่อเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนากับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามหลักของพระพุทธศาสนา เรื่องบุญกิริยาวัตถุ 3 ประกอบด้วย การบริจาคทาน การรักษาศีล และการเจริญภาวนา เมื่อปฏิบัติแล้วทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสบายใจ ยอมรับความเจ็บป่วยเรื้อรังของตน ให้อภัยตนเองจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ยอมรับในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวได้ และมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณใน 8 ด้าน ได้แก่ การยอมรับความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสุขในชีวิต ความสมดุลของชีวิต การเห็นในคุณค่าของชีวิต เป็นผู้ที่ข้ามพ้นตัวเอง เป็นผู้ที่คิดบวก เป้าหมายในชีวิต และการให้อภัย ตามแนวคิดของ Unsanit et al. (2012) ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในงานวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 ระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีประวัติเคยติดเชื้อโควิด-19 อย่างน้อย 3 เดือน ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคันไ้ซึ่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดตายนม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก่งทุ่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหอกลอง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 84 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีประวัติเคยติดเชื้อโควิด-19 อย่างน้อย 3 เดือน ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคันไ้ซึ่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดตายนม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก่งทุ่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหอกลอง จังหวัดพิษณุโลก คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1 (Faul et al., 2009) กำหนด 1) Test family: Exact 2) Statistical test: Correlation: Bivariate normal model 3) Input parameters: Two Tails, Correlation ρ $H_1=0.3$ (อ้างอิง effect size จากการศึกษาของ Sangsoy et al., 2021), Correlation ρ $H_0=0$, α err prob= 0.05, Power $(1-\beta$ err prob) =0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 84 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีอาการผิดปกติที่เป็นอาการต่อเนื่องเรื้อรังหลงเหลืออยู่หลังการติดเชื้อโควิด-19 อย่างน้อย 3 เดือน และมีอาการลองโควิด อย่างน้อย 1 อาการ จากอาการต่อไปนี้ เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย หายใจลำบาก/ หอบเหนื่อย ปัญหาความจำ/สมาธิ/การนอนหลับ ไอเรื้อรัง เจ็บหน้าอก มีปัญหาในการพูด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ สูญเสียการได้กลิ่น/รับรส ซึมเศร้า/วิตกกังวล/เครียด ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ผม่วง และมีไข้
3. เป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ
4. มีสติปัญญา และการรับรู้ปกติ โดยมีคะแนนจากการใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น ฉบับภาษาไทย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โดยได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป
5. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยด้วยการพูดและฟังได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถอ่านหรือเขียนตามที่เป็นสำหรับการทำแบบสอบถาม
2. ไม่เต็มใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย และไม่ยินยอมให้ข้อมูล
3. นับถือศาสนาอื่น เช่น ศาสนาอิสลาม ศาสนาคริสต์ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น ฉบับภาษาไทย ของ Chiang Mai Provincial Public Health Office (2018) โดยมีคำถามทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย ความจำ การรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล การคิด คำนวณ การมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และการตัดสินใจ ลักษณะคำตอบเป็นการตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน ถ้าตอบถูก 8-10 ข้อ แสดงว่า การรู้คิดปกติ ถ้าตอบถูก ≤ 7 ข้อ แสดงว่า การรู้คิดผิดปกติ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน แหล่งรายได้หลัก ความเพียงพอของรายได้ สิทธิในการรักษา โรคประจำตัว ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ ระยะเวลาการตรวจพบการติดเชื้อโควิด-19 อาการหลงเหลืออยู่หลังการติดเชื้อโควิด-19 และประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19

2. แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุไทยที่เจ็บป่วยเรื้อรังของ Unsanit et al. (2012) โดยมีคำถามทั้งหมด จำนวน 41 ข้อ แบ่งเป็น 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การยอมรับความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2) ความสุขในชีวิต 3) ความสมดุลของชีวิต 4) การเห็นในคุณค่าของชีวิต 5) เป็นผู้ที่ข้ามพ้นตัวเอง 6) เป็นผู้ที่คิดบวก 7) เป้าหมายในชีวิต และ 8) การให้อภัย คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 35 ข้อ ระดับคะแนนจากเป็นจริงอย่างยิ่ง 4 คะแนน ถึงไม่เป็นจริงเลย 0 คะแนน และเป็นข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ ระดับคะแนนจากเป็นจริงอย่างยิ่ง 0 คะแนน ถึงไม่เป็นจริงเลย 4 คะแนน มีคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 0-164 คะแนน แปลค่าตามเกณฑ์ของ Phrakong (1998) ดังนี้ มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำ (0.00-54.99 คะแนน) มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง (55.00-108.99 คะแนน) และมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง (109.00-164.00 คะแนน)

3. แบบวัดการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดของ Bhanthumanvin (1997) โดยมีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ทาน (2) ศีล และ (3) ภาวนา คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ เป็นข้อคำถามในเชิงบวก จำนวน 2 ข้อ ระดับคะแนนจากจริงที่สุด 6 คะแนน ถึงไม่จริงเลย 1 คะแนน และเป็นข้อคำถามในเชิงลบ จำนวน 8 ข้อ ระดับคะแนนจากจริงที่สุด 1 คะแนน ถึงไม่จริงเลย 6 คะแนน มีคะแนนระหว่าง 10-60 คะแนน แปลค่าดังนี้ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาต่ำ (10.00-26.99 คะแนน) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาปานกลาง (27.00-43.99 คะแนน) และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสูง (44.00-60.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุไทยที่เจ็บป่วยเรื้อรังของ Unsanit et al. (2012) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาแต่ละองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.82-0.95 และแบบวัดการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของ Bhanthumanvin (1997) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.78 และมีความตรงเชิงโครงสร้างสูง จากวิธีรู้กลุ่ม (Known Group Technique) ทั้ง 2 เครื่องมือผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับโครงสร้างของข้อคำถามและเนื้อหา ในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่มีการทดสอบซ้ำ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 และแบบวัดการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย จากนั้นนำไปหาความสอดคล้องภายใน โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 และ 0.81 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารเลขที่ 127/2566, Study code: 2566-EXP072 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2566) ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การรักษาความลับของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม แล้วจึงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบแสดงความยินยอม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 4 แห่งที่สุ่มได้ และเปิดรับอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย เมื่อมีผู้สนใจให้ลงทะเบียนและขึ้นทะเบียนไว้ตามลำดับ จากนั้นนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในที่อาสาสมัครสะดวก ผู้วิจัยทำการประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น ถ้าคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจะแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการและการรักษาพยาบาล พร้อมกล่าวขอบคุณ ผู้วิจัยนำรายชื่ออาสาสมัครที่จัดเรียงขึ้นทะเบียนไว้มาทดแทนใหม่เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามคุณสมบัติ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 และแบบวัดการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที โดยการอ่านข้อคำถามให้ฟังทีละข้ออย่างช้า ๆ ไม่มีการอธิบายเพิ่ม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามทุกครั้ง จนครบจำนวน 84 ราย ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ หลังการติดเชื้อโควิด-19 คะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนากับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 โดยทำการทดสอบการแจกแจงด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แปลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แปลค่าตามเกณฑ์ของโคเฮน (Cohen, 1988) ดังนี้ ไม่มีความสัมพันธ์ ($r=0.00$) มีความสัมพันธ์กันทางบวกหรือลบในระดับต่ำ ($r = +/- 0.10-0.29$) มีความสัมพันธ์กันทางบวกหรือลบในระดับปานกลาง ($r = +/- 0.30-0.69$) และมีความสัมพันธ์กันทางบวกหรือลบในระดับสูง ($r = +/- 0.70-0.99$)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 77.38 มีอายุเฉลี่ย 65 ปี (S.D.=6.30) มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 73.81 โดยอยู่กับบุตร/หลาน ร้อยละ 50.00 ได้รับความศึกษา ร้อยละ 94.05 โดยส่วนมากได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.48 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 73.81 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.81 และมีแหล่งรายได้หลักจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.81 และมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 72.62

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 86.91 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.24 โดยโรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง, โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 45.24, 39.28 และ 29.76 ตามลำดับ

ในส่วนของข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการตรวจพบการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในช่วง 7-12 เดือน ร้อยละ 47.62 โดยอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด-19 ที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ไอเรื้อรัง, เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย และผมร่วง คิดเป็นร้อยละ 71.43, 48.81 และ 35.71 ตามลำดับ และมีประวัติการรับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 100 โดยได้รับวัคซีน 3 เข็ม ร้อยละ 54.76 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาการติดเชื้อโควิด-19 อาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด-19 และประวัติการรับวัคซีนโควิด-19 (n=84)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระยะเวลาการตรวจพบการติดเชื้อโควิด-19		
> 3-6 เดือน	7	8.33
7-12 เดือน	40	47.62
13-18 เดือน	37	44.05
อาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด-19 *		
หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย	15	17.86
เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย	41	48.81
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	23	27.38
ปวดศีรษะ	21	25.00
ไอเรื้อรัง	60	71.43
ผมร่วง	30	35.71
มีไข้	16	19.05
อื่น ๆ (ปัญหาความจำ/สมาธิ/การนอนหลับ, เจ็บหน้าอก, มีปัญหาในการพูด, สูญเสียการได้กลิ่น/รับรส, เวียนศีรษะ)	22	26.19
ประวัติการรับวัคซีนโควิด-19		
ได้รับ	84	100.00
1 เข็ม	1	1.19
2 เข็ม	19	22.62
3 เข็ม	46	54.76
4 เข็ม	15	17.86
5 เข็ม	3	3.57

หมายเหตุ *ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 98.45 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 12.20) โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 56 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 133 คะแนน และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 25.53 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.33) โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 18 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 40 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ของกลุ่มตัวอย่าง (n=84)

ตัวแปร	ช่วงคะแนนที่ได้ (ต่ำสุด-สูงสุด)	Mean (S.D.)	ระดับ
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	56.00-133.00	98.45 (12.20)	ระดับปานกลาง
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	18.00-40.00	25.53 (3.33)	ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนากับความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($r = .26$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามระดับคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (n=84)

ตัวแปร	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	-	69 (82.10)	15 (17.90)
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	52 (61.90)	32 (38.10)	-

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง ระดับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในระดับต่ำ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างติดเชื้อโควิด-19 อาจทำให้เสียชีวิตได้ง่าย เนื่องจากกระบวนการชรา ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการทำงานของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ลดลง รวมทั้งส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม เมื่อติดเชื้อโควิด-19 จะมีความรุนแรงมากกว่าวัยอื่น ๆ และผู้สูงอายุที่ติดเชื้อที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักมีอาการลงคอวิตอย่างน้อย 1-3 อาการ (Mueller et al., 2020) ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงอาจมีผลทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางได้ ถึงแม้ว่าช่วงที่สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จะลดความรุนแรงลง แต่ยังคงเฝ้าระวังอยู่ (MOPH, 2022) เนื่องจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นเชื้อที่สามารถกลายพันธุ์ได้ง่าย และความรุนแรงของการติดเชื้อในผู้สูงอายุคาดเดาได้ยาก จึงอาจทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง เป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษา

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศอิหร่าน และประเทศตุรกี ที่พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน (Durmus & Ozturk, 2022; Khorany et al., 2023) ซึ่งผลการศึกษานี้ต่างจากการศึกษาของ Sangsoy et al. (2021) ที่ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ที่มีอายุระหว่าง 19-88 ปี ในประเทศอิตาลี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ต่ำกว่าก่อนการเกิดสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (Coppola et al., 2021)

นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 90.48 จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตร/หลาน ได้ช่วยเหลือดูแลหลาน/เหลน คอยรับส่งที่โรงเรียน ช่วยเตรียมอาหาร ในขณะที่พ่อแม่ออกไปทำงานนอกบ้าน การแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใยที่มีต่อกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณค่าในครอบครัว ทำให้เกิดความภูมิใจในตนเอง เกิดความสุข แต่เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อมีความวิตกกังวล ถูกแยกจากครอบครัวและสังคม จึงส่งผลให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง เป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Trapsinsaree et al. (2022) ที่พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีบุตร/หลานคอยให้การดูแลช่วยเหลืออยู่ตลอด ในเรื่องอาหารการกิน การเตรียมที่นอน การพาไปพบแพทย์ตามนัด รวมถึงการจัดยาโรคประจำตัวให้รับประทาน แสดงถึงการมีความสัมพันธ์ระหว่างวัย ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต มีแรงเสริมทางจิตใจ เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง แต่เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อมีความวิตกกังวล ถูกแยกจากครอบครัวและสังคม รวมถึงนโยบายของทางภาครัฐที่ออกมามาตรการคุมเข้มต่าง ๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ จึงส่งผลให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Khamtham and Phrompradit (2023) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง

2. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติกิจกรรมทางพุทธศาสนาของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 ตามหลักความเชื่อบุญกิริยาวัตถุ 3 อันได้แก่ การบริจาคทาน การรักษาศีล และการเจริญภาวนา ทำได้ลดลง เนื่องจากภายหลังที่ผู้สูงอายุติดเชื้อโควิด-19 แล้วมีอาการลงโควิดอย่างน้อย 1-3 อาการ ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการกลับไปดำเนินชีวิตปกติ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (Thangkratok et al., 2022) ถึงแม้ในช่วงเวลาที่ศึกษานั้นสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีแนวโน้มลดลง แต่ผู้สูงอายุยังเกิดความไม่มั่นใจ จึงต้องใช้ชีวิตอย่างระมัดระวังตลอดเวลา โดยเฉพาะการงดเข้าสังคม งดการรวมกลุ่ม งดการไปวัดทำบุญ งดรับประทานอาหารร่วมกัน (Pettra & Attasitto, 2023) นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจเกิดความวิตกกังวลในการติดเชื้อโรคโควิด-19 จากการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่บ้าน จึงทำให้การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ

นอกจากนี้การศึกษาภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เป็นโรคอุบัติใหม่ และเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง แม้ผู้สูงอายุจะได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 แล้วทุกคน แต่วัคซีนที่ฉีดเป็นวัคซีนที่ผลิตออกมาใช้ในสถานการณ์ฉุกเฉินเท่านั้น ผู้สูงอายุจึงไม่อาจคาดเดาได้ว่าถ้าตนเองติดเชื้อโควิด-19

อีกรอบจะมีอาการเป็นเช่นใด ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุไม่ระมัดระวังตนเองแล้วเกิดการติดเชื้อ อาจส่งผลให้มีอาการของโรคที่รุนแรง เกิดภาวะทุพพลภาพ หรือเสียชีวิตขึ้นได้ ผู้สูงอายุจึงต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของทางภาครัฐอย่างเคร่งครัด ด้วยเหตุดังกล่าวจึงส่งผลทำให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Mohammad et al. (2021) ที่ได้ศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณและการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาในผู้สูงอายุช่วงการระบาดของโควิด-19 ในประเทศอาหรับ พบว่าผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาตกลงอย่างมาก ซึ่งเป็นผลมาจากมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นไปในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ Petra and Attasitto (2023) ที่ศึกษาการปรับตัวของพุทธศาสนิกชนกับการปฏิบัติกิจกรรมทางพุทธศาสนาในสถานการณ์โควิด-19 ยุคชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ณ ชุมชนบ้านสว่าง ตำบลสว่าง อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าในสถานการณ์โควิด-19 การปฏิบัติกิจกรรมทางพุทธศาสนาตกลงและถูกยกเลิก ชาวบ้านจึงไม่ไปทำบุญที่วัด ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ต่างจากการศึกษาของ Sangsoy et al. (2021) ที่พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนชนบทที่มีอายุ 60-69 ปี ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเกิดจากการศึกษาเป็นการศึกษาในช่วงที่เป็นสถานการณ์ปกติ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านได้อย่างอิสระ มีการรวมกลุ่มพูดคุยกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน สวดมนต์นั่งสมาธิด้วยกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจที่ร่าเริงแจ่มใส ไม่มีความเครียด ระดับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจึงอยู่ในระดับสูง

อีกเหตุผลที่การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ 1) อายุ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 65 ปี ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้ด้วยตนเอง แต่จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุจึงมักถูกจำกัดจากลูกหลานให้อยู่เฉพาะภายในบ้านมากกว่าเข้าสังคม หรือตัวผู้สูงอายุเองอาจเกิดความวิตกกังวลในการติดเชื้อโควิด-19 จากการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่บ้าน เพราะกลัวว่าถ้าติดเชื้อแล้วจะเป็นอันตรายร้ายแรง จึงส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ 2) สถานภาพสมรส ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ และอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว จึงมีผู้ให้การดูแล ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phulsap and Rattanaset (2016) ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการทำบุญอยู่ในระดับมาก และ 3) ระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับการศึกษา ร้อยละ 94.05 โดยจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.48 ซึ่งยังสามารถทำงานเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ เมื่อมีรายได้ที่เพียงพอจึงมีโอกาสได้รับบริจาคเงินหรือทำบุญทำทานด้วยวิธีต่าง ๆ มากขึ้น เป็นไปในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ Phulsap and Rattanaset (2016) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการทำบุญ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ซึ่งการได้ทำบุญ ได้ช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความสุข รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความคิดเชิงบวก และมีจุดมุ่งหมายในชีวิต แต่ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้สูงอายุอาจเกิดความวิตกกังวลต่อความไม่แน่นอนในสถานการณ์ในภายภาคหน้า ทำให้ต้องเก็บเงินไว้ใช้ยามฉุกเฉิน ลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็น ทำให้มีการทำบุญบริจาคทานที่ลดลง จึงส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ

นอกจากนี้อาจเป็นผลมาจากภาวะเสื่อมถอยทางร่างกายในวัยสูงอายุร่วมกับอาการล่องโควิด จึงมีผลทำให้ความสามารถในการเข้าร่วมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาต่ำ อีกทั้งจากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างพบว่าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุไม่กล้าออกไปร่วมกิจกรรมที่บ้านและออกไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ๆ หรือออกไปทำบุญบริจาคทานตามสถานที่ต่าง ๆ เพราะกลัวว่าตนเองจะติดเชื้อโควิด-19 จนเป็นอันตรายร้ายแรง จึงทำให้คะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนากับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ หลังการติดเชื้อโควิด-19 พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในระดับต่ำ ($r=.26, p<.01$) สามารถอธิบายได้ว่าภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ผู้สูงอายุยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดและยังคงกังวลกับการเฝ้าระวังดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำที่อาจนำอันตรายมาแก่ชีวิต ดังนั้นจึงทำให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาน้อยกว่าก่อนมีการแพร่ระบาด แต่อย่างไรก็ตามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนายังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ โดยช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสงบทางอารมณ์ ลดความเครียด และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ซึ่งกิจกรรมทางศาสนาที่ชาวพุทธส่วนมากปฏิบัติ คือ บุญกิริยาวัตถุ 3 ได้แก่ 1) การบริจาคทาน 2) การรักษาศีล และ 3) การเจริญภาวนา (Sangsoy et al., 2021) เมื่อผู้สูงอายุปฏิบัติแล้วทำให้เกิดความสุข มีความคิดเชิงบวก รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีจุดมุ่งหมายในชีวิต เกิดความสบายใจ เกิดความสงบจนยอมรับความเจ็บป่วยและสามารถปรับตัวได้ ยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิต ผลสุดท้ายจึงเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Limpanuntapong et al., 2025) ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Ukeachusim et al. (2024) ที่พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาและการปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์และการมีส่วนร่วมในพิธีกรรมทางศาสนา มีผลดีต่ออารมณ์ของผู้สูงอายุ ช่วยลดความเหงา และเพิ่มความรู้สึกมีความหมายในชีวิต อีกทั้งเนื่องจากศาสนาเป็นสิ่งที่ส่งเสริมแนวคิดเรื่องการให้อภัย ไม่เพียงแต่ให้อภัยต่อผู้อื่นแต่รวมถึงการให้อภัยตัวเองด้วย ดังนั้นผู้สูงอายุที่ปล่อยวางจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคได้จะมีความสงบทางใจและมีความสุขมากขึ้น ช่วยลดความรู้สึกผิด ความเครียด และความกังวลที่สะสมมานาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Trapsinsaree et al. (2022) พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งเฟิง เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และสามารถปรับตัวต่อความทุกข์และใช้ชีวิตอย่างมีความสุขมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนศาสนา เนื่องจากกิจกรรมทางศาสนามักเป็นกิจกรรมที่รวมกลุ่ม ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รู้สึกเป็นที่ยอมรับ และลดความเหงาได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sangsoy et al. (2021) ที่ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งเป็นการศึกษาก่อนการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.30$)

อย่างไรก็ตามภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เป็นโรคอุบัติใหม่ และเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการติดเชื้อโควิด-19 และมีอาการลงโควิด โดยผู้สูงอายุต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของทางภาครัฐอย่างเคร่งครัดในการกักตัว จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในสถานที่สาธารณะน้อยลงจากข้อจำกัดในการเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนาแต่หันมาปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านมากขึ้น เช่น การสวดมนต์ที่บ้าน การทำสมาธิ หรือการศึกษาหลักคำสอนผ่านสื่อออนไลน์ แต่การขาดการรวมกลุ่มทางศาสนาก็นำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล หรือซึมเศร้าได้ ด้วยเหตุดังกล่าวจึงส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในระดับต่ำ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

คะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($r = .26$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ และบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 และมีอาการลงโควิด ควรมีการให้คำแนะนำและสนับสนุนส่งเสริมในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 และมีอาการลงโควิด เช่น ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหันมาปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาด้วยตนเองที่บ้านมากขึ้น เช่น การใส่บาตรที่หน้าบ้าน การสวดมนต์ที่บ้าน การทำสมาธิ การทำบุญออนไลน์ หรือการศึกษาหลักคำสอนผ่านสื่อออนไลน์ เพื่อเสริมสร้างความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความสัมพันธ์ของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 และมีอาการลงโควิดในศาสนาอื่น เช่น ศาสนาอิสลาม ศาสนาคริสต์ เป็นต้น
2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 และมีอาการลงโควิด กับตัวแปรอื่น ๆ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น
3. ควรทำการศึกษาปัจจัยทำนายความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการลงโควิด

References

- Bhanthumanvin, D. (1997). *Buddhist beliefs and practices of Thai people: Cultivation, training and quality of life*. Bangkok: National Institute of Development Administration. (In Thai)
- Coppola, I., Rania, N., Parisi, R., & Lagomarsino, F. (2021). Spiritual well-being and mental health during the COVID-19 pandemic in Italy. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 626944. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.626944>
- Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2018). *Health screening guide for the elderly health promotion*. Chiang Mai. https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/main_section.php?info_id=4197.pdf
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Durmus, B., & Ozturk, S. (2022). The effect of COVID-19 outbreak on older adults' hopelessness, loneliness and spiritual well-being in Turkey. *Journal of Religion and Health, 61*(1), 851–65. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01494-1>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*, 1149-1160.

- Halpin, S. J., McIvor, C., Whyatt, G., Adams, A., Harvey, O., McLean, L., Walshaw, C., Kemp, S., Corrado, J., Singh, R., Collins, T., O'Connor, R. J., & Sivan, M. (2021). Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *Journal of Medical Virology*, *93*(2), 1013–22.
<https://doi.org/10.1002/jmv.26368>
- Khamtham, N., & Phrompradit, T. (2023). Factors affecting spiritual well-being among AIDS patients. *Udon Thani Hospital Medical Journal*, *31*(3), 320–31. (In Thai)
- Khorany, M., Takzare, F., Mohammaj, H., & Motalebi, S. (2023). The role of spiritual well-being in predicting fear of COVID-19 among community-dwelling older adults in Iran. *Salmand Iranian Journal of Ageing*, *17*(4), 492–504.
<https://doi.org/10.32598/sija.2022.2778.8>
- Kuehn, B. M. (2022, April 27). *Long-COVID symptoms a serious challenge for older patients, physicians*. https://www.medscape.com/viewarticle/972852#vp_2
- Limpanuntapong, R., Wongnasri, P., Thammarat Yodkhun, P. M., Kamthon Thongpradu, P. P., Wanchai Lueadthai, P. B., Janro, P. N., Chongla-iad, P., Wongdechannun, R., Sresuk, J., & Sinprasitkul, W. (2025). Application of Buddhist principles in elderly activities at Sang Suk School, Don Sak district, Surat Thani province. *Journal of Buddhist Anthropology*, *10*(2), 327–39.
- Ministry of Public Health. (2022). *Plans and measures for managing the COVID-19 situation toward endemic status*. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health.
<https://www.pyomoph.go.th/backoffice/files/42090.pdf>
- Mohammad, R., Hayajneh, A. A., & Wegdan, B. (2021). Association of death anxiety with spiritual well-being and religious coping in older adults during the COVID-19 pandemic. *Journal of Religion and Health*, *60*(50), 50–63.
- Mueller, A. L., McNamara, M. S., & Sinclair, D. A. (2020). Why does COVID-19 disproportionately affect older people?. *Ageing (Albany NY)*, *12*(10), 9959–81.
<https://doi.org/10.18632/aging.103344>
- Petra, P., & Attasitto, P. S. (2023). The adaptation of Buddhists for Buddhist activities in the Covid-19 situation under the new normal: A case study of Ban Sawang community, Sawang Subdistrict, Phon Thong District, Roi Et Province. *Journal of Graduate Saket Review*, *8*(1), 192–205. (In Thai)
- Phakdiburut, W. (2018). Elderly people in urban communities during the COVID-19 pandemic: Health promotion based on Pender's health promotion model. *Journal of Development Studies*, *4*(2), 184–211. (In Thai)
- Phrakong, K. (1998). *Statistics for behavioral science research*. Chulalongkorn University Press. (in Thai)

- Phulsap, J., & Rattanaset, W. (2016). Factors influencing the merit-making decisions of Buddhists: A case study of Champa temple, Taling Chan district, Bangkok. *Graduate School Journal of Dhurakij Pundit University*, 4(3), 282–97. (In Thai)
- Promkaewngam, S., & Namwong, A. (2017). Spiritual well-being among older adults with chronic illnesses in the community. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(3), 204–13. (In Thai)
- Sangsoy, C., Chintanawat, R., & Pothiban, L. (2021). Religious Practices and Spiritual Well-being in Older Persons with Uncontrolled Hypertension. *Nursing Journal CMU*, 48(4), 281–93. (In Thai)
- Tenforde, M. W., Kim, S. S., Lindsell, C. J., Billig Rose, E., Shapiro, N. I., Files, D. C., Gibbs, K. W., Erickson, H. L., Steingrub, J. S., Smithline, H. A., Gong, M. N., Aboodi, M. S., Exline, M. C., Henning, D. J., Wilson, J. G., Khan, A., Qadir, N., Brown, S. M., Peltan, I. D., ... Feldstein, L. R. (2020). Symptom duration and risk factors for delayed return to usual health among outpatients with COVID-19 in a multistate health care systems network—United States, March–June 2020. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(30), 993–8. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6930e1>
- Thangkratok, P., Promin, K., Palacheewa, N., & Pinrat, P. (2022). Long COVID care for older adults in community after COVID-19 infection: A case study. *Ramathibodi Medical Journal*, 45(2), 28–42. (In Thai)
- Trapsinsaree, D., Pothiban, L., Chintanawat, R., & Wonghongkul, T. (2022). Factors predicting spiritual well-being among dependent older people. *Trends in Sciences*, 19(1), 1718. <https://doi.org/10.48048/tis.2022.1718>
- Ukeachusim, C. P., Okwor, C. O., Eze, E., Okoli, A. B., Ugwu, C. I., & Ebimgbo, S. O. (2024). The impacts of spirituality and religious participation on the emotional well-being of widowed older adults in Southeast Nigeria. *Innovation in Aging*, 8(4), 1–13. <https://doi.org/10.1093/geroni/igad128>
- Unsanit, P., Sunsern, R., Kunsongkeit, W., O'Brien, M. E., & McMullen, P. C. (2012). Development and evaluation of the Thai spiritual well-being assessment tool for elders with chronic illness. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(1), 13–28. (In Thai)
- World Health Organization. (2021, March 28). *Coronavirus disease (COVID-19): Post COVID-19 condition*. [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-post-covid-19-condition](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-post-covid-19-condition)
- World Health Organization. (2025). *WHO COVID-19 dashboard*. <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases>

ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว : การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ

จตุพร หนูสวัสดิ์* สารีณี โต๊ะทอง* เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์* ปารีชาติ แวนไวศาสตร์*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยมักต้องการการดูแลระยะยาว ความยืดหยุ่นทางจิตใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ทำให้สามารถเผชิญและปรับตัวในการให้การดูแลได้เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย : ใช้ระเบียบวิธีการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ โดยการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ตีพิมพ์อยู่ในฐานข้อมูล MEDLINE, CINAHL, Springer Nature Journals, BASE และ Google Scholar ไม่เกิน 10 ปี ใช้ Mixed Methods Appraisal Tool ประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยจำแนกตามงานวิจัยแต่ละประเภท

ผลการวิจัย : พบว่า มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ทั้งสิ้น จำนวน 14 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 11 เรื่อง งานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 เรื่อง และงานวิจัยเชิงผสมผสาน จำนวน 2 เรื่อง ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมี 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว 2) องค์ประกอบของความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว 3) ปัจจัยที่มีผลต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว และ 4) ผลลัพธ์ของความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

สรุปผล : ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว มีความสำคัญต่ออาการและการกลับไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความเมตตา วิธีการในการเผชิญปัญหา และการยอมรับการถูกตีตรา ผลลัพธ์ของความยืดหยุ่นทางจิตใจ

คำสำคัญ : ความยืดหยุ่นทางจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : สารีณี โต๊ะทอง, E-mail: Sarineeo@bcnnon.ac.th

Received: July 24, 2025

Revised: December 22, 2025

Accepted: December 22, 2025

Resilience in Caregivers of Individuals with Schizophrenia: An Integrative Review

Jatuporn Noosawat* Sarinee Tothong* Janejira Kiatsinsap* Parichart Wanwaisart*

Abstract

Background: Schizophrenia is a severe and chronic mental disorder that requires long-term care. Psychological resilience is a crucial factor influencing the ability of family caregivers of individuals with schizophrenia to cope with and adapt appropriately to caregiving challenges.

Objectives: To synthesize research related to the psychological resilience of family caregivers of individuals with schizophrenia.

Methods: This study employed an integrative literature review, synthesizing quantitative and qualitative research published within the past 10 years from databases including MEDLINE, CINAHL, Springer Nature Journals, BASE, and Google Scholar. The quality of the included studies was assessed using the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) and categorized by research type.

Results: Fourteen studies met the inclusion criteria—comprising 11 quantitative studies, 1 qualitative study, and 2 mixed-methods studies. The synthesis identified four main themes of psychological resilience among family caregivers of individuals with schizophrenia: 1) characteristics of the caregivers, 2) components of psychological resilience, 3) factors influencing psychological resilience, and 4) outcomes of psychological resilience.

Conclusion: Psychological resilience among family caregivers of individuals with schizophrenia plays an important role in influencing patients' symptoms and hospital readmission rates. Factors affecting caregivers' psychological resilience include social support, compassion, coping strategies, and acceptance of stigma. The outcomes of psychological resilience contribute to improved caregiving capacity and better continuity of patient care.

Keywords: Resilience, schizophrenia, family caregivers

* Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Corresponding Author: Sarinee Tothong, E-mail: Sarineeo@bcnnon.ac.th

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นหนึ่งในความผิดปกติทางจิตเวชที่มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ (ค.ศ. 2018–2037) ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันโรคจิต การบริการในชุมชน และลดภาระของโรงพยาบาลจิตเวช จึงมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากสถาบันการรักษาไปสู่ชุมชนและครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจึงกลายเป็นผู้มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Chen et al., 2019) การเปลี่ยนแปลงนี้สะท้อนให้เห็นว่าการเจ็บป่วยทำให้ครอบครัวได้แสดงออกถึงความเอาใจใส่ และความรักของครอบครัว การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นประสบการณ์ที่ทำทนายและซับซ้อน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวต้องเผชิญกับความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทั้งภาระทางการเงิน ความกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย รวมถึงการรับมือกับอาการของโรคที่อาจเปลี่ยนแปลงได้อย่างไม่คาดคิด (Geriani et al., 2015) นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวยังต้องเผชิญกับปัญหาการตีตราทางสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวเอง (Mueser & Gingerich, 2013)

ในบริบทที่เต็มไปด้วยความท้าทายดังกล่าว ความยืดหยุ่นทางจิตใจจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ความยืดหยุ่นทางจิตใจถูกนิยามว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการคงความแข็งแกร่งเมื่อเผชิญกับความยากลำบากในชีวิต และสามารถรับมือกับปัญหาได้อย่างประสบความสำเร็จ (Wagnild & Young, 1993) การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ไม่เพียงแต่เพื่อการพัฒนาการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ แต่สามารถนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและการฟื้นฟูของผู้ป่วยในระยะยาวด้วย (Geriani et al., 2015) แม้ว่าจะมีงานวิจัยเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวในบ้างแล้ว เช่น การวิจัยของ Abdelaal (2021) ที่ศึกษาความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อการรับรู้ต่อการสนับสนุนทางสังคม แต่ยังไม่มีการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ (Integrative review) ที่สังเคราะห์ข้อมูลอย่างครอบคลุมในเชิงลึก ขาดการประเมินคุณภาพของงานวิจัยที่มีอยู่ และยังไม่ได้นำองค์ความรู้เหล่านั้นมาชี้แนวทางเชิงปฏิบัติที่ชัดเจนในการส่งเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวอย่างเป็นระบบ อีกทั้งความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวยังสะท้อนถึงภาพรวมและความเชื่อมโยงของปัจจัยเหล่านี้ในเชิงองค์รวม (holistic view) แต่ข้อมูลยังกระจัดกระจายอยู่ ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ การทบทวนแบบบูรณาการเป็นเป็นวิธีเดียวที่อนุญาตให้รวมงานที่มีระเบียบวิธีหลากหลาย ทั้งเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และเชิงผสมผสานเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนนี้ ด้วยเหตุนี้การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการรวบรวมและสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยที่มีอยู่ เพื่อให้ได้ความเข้าใจที่ลึกซึ้งและครอบคลุมเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ดูแลในบริบททางสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ นำวิธีการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ (Integrative review) มาใช้เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยที่มีมาก่อนเกี่ยวกับ ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ตามแนวทางของ Whitemore and Knafel (2005) มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การระบุปัญหาที่ต้องการศึกษา (problem identification) ความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การลดภาระการดูแล และการปรับตัวในเชิงบวก แต่การศึกษาที่ผ่านมาใช้แนวทางการวิจัยที่หลากหลายส่งผลให้ยังขาดความเข้าใจอย่างเป็นองค์รวมเกี่ยวกับแนวคิด องค์ประกอบ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2. การสืบค้นวรรณกรรม (literature search) จากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ดังนี้ การสืบค้นวรรณกรรมครั้งนี้ สืบค้นจากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, BASE, Springer Nature Journal, MEDLINE และ Google Scholar โดยกำหนดช่วงเวลาที่ใช้ในการสืบค้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2568 รวมเป็นเวลา 10 ปี ด้วยการกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูลทั้งภาษาไทย และอังกฤษ ได้แก่ resilience, schizophrenia, family caregivers, และ mental health

2.1 การคัดเลือกข้อมูลที่น่ามาศึกษา โดยเริ่มจากคำสำคัญ ได้รายงานวิจัย 24,163 เรื่อง และเลือกเฉพาะงานวิจัยฉบับเต็มได้ จำนวน 1,219 เรื่อง หลังจากนั้นอ่านบทคัดย่อในแต่ละเรื่อง และเลือกงานวิจัยที่มีขอบเขตที่เกี่ยวข้องตามกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังตารางที่ 1

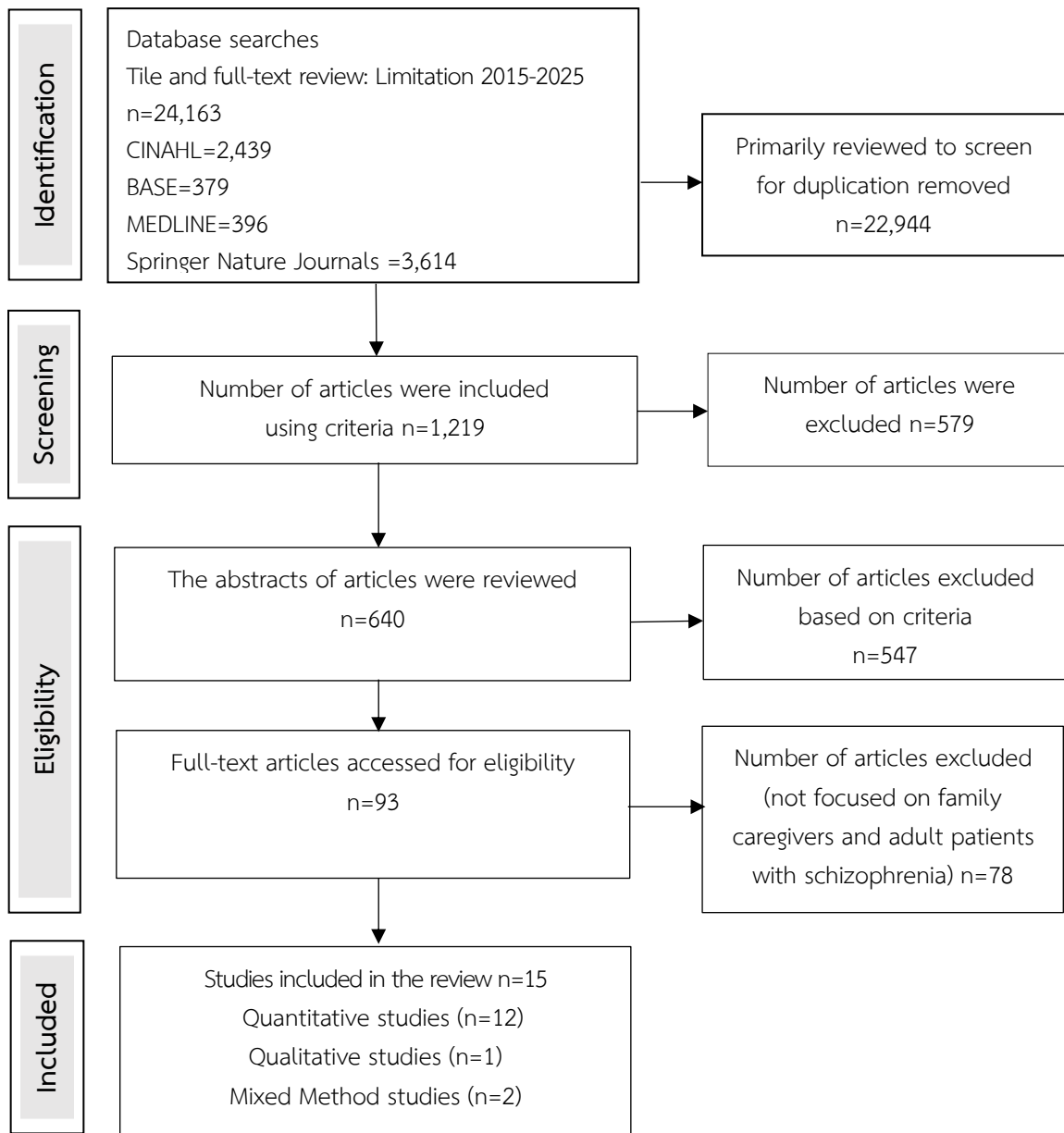
ตารางที่ 1 เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกสำหรับการเลือกเอกสารที่จะนำมาศึกษา

Inclusion criteria	Exclusion criteria
- เผยแพร่ระหว่างปี 2015-2025	- มีเฉพาะบทคัดย่อ
- เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย	- เป็นแหล่งข้อมูลรอง ได้แก่ บทวิจารณ์
- มีฉบับเต็ม	บทบรรณาธิการ การวิเคราะห์อภิมาน
- เนื้อหาเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว	การวิจัยที่ไม่ใช่ต้นฉบับ บทความที่ไม่ได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ
- มี peer review	- บทวิจารณ์หนังสือ

2.2 งานวิจัยที่เป็นฉบับเต็ม (Full text) ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 640 เรื่อง ถูกนำมาคัดเลือกอีกครั้งตามเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) เหลือจำนวน 93 เรื่อง และนำมาอ่านอีกครั้งพบว่า มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับเด็ก วัยรุ่น จึงถูกคัดออกเหลือจำนวน 14 เรื่อง ขั้นตอนทั้งหมดเป็นไปตาม PRISMA Flow Diagram ดังแผนภาพที่ 1

3. การประเมินข้อมูลที่คัดเลือกไว้ (data evaluation) จากวรรณกรรมที่สืบค้นได้ทั้งหมด ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือ Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 (Hong et al., 2018) ในการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่คัดเลือกเข้ามาสังเคราะห์ จากผู้ประเมิน 2 ท่าน ที่ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ MMAT ตรงกันแล้ว จากนั้นจำแนกชนิดของระเบียบวิธีของงานวิจัยแต่ละเรื่องร่วมกัน แล้วแยกกันประเมิน โดยใช้คำถามเบื้องต้น S1 และ S2 และได้คำตอบเป็น “ใช่” ทั้งสองข้อ จากนั้นจำแนกตามประเภทของระเบียบวิธี (เชิงคุณภาพ เชิงปริมาณ และเชิงผสมผสาน) และตอบคำถาม 5 ข้อของแต่ละหมวดตามเกณฑ์ MMAT พบว่างานวิจัยทั้ง 14 เรื่อง มีคุณภาพระดับสูง ได้คะแนนประเมินอยู่ในระดับ 80% ขึ้นไป

Identification of studies via databases



แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบและวิธีการสืบค้นวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ตาม PRISMA Flow Diagram

4. การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) โดยการสกัดข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำมาจัดหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในการศึกษา ทำการทบทวนเพื่อตรวจสอบข้อเท็จจริง และรวบรวมข้อมูลโดยการออกแบบตารางสัปดาห์งานวิจัย ประกอบด้วย ผู้วิจัย ปีที่ตีพิมพ์ วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย การรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัย หลังจากได้ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เลือกมาแล้ว ผู้วิจัยทุกคนได้ร่วมอภิปรายถึงผลวิจัยที่ได้ รวมถึงการเสนอแนวทางนำผลงานวิจัยไปใช้

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการทบทวนโครงร่างการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เลขที่โครงการวิจัย BCNNON NO. 003/68 และพิจารณาเห็นว่าเป็นการวิจัยที่มีความเสี่ยงน้อย และสามารถดำเนินการได้

ผลการวิจัย

1. จากการศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์เกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2558 ถึง 2568 มีทั้งหมดจำนวน 1,219 เรื่อง โดยงานวิจัยที่ผ่านเข้าเกณฑ์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า มีจำนวนการศึกษารวบรวม 14 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เผยแพร่ต่างประเทศจำนวน 12 เรื่อง (Abdelaal et al., 2021; Abd El-Ghafar et al., 2018; Behrouian et al., 2021; Bishop & Greeff, 2015; Effendy et al., 2023; Feng et al., 2025; Fernandes et al., 2021; Gupta et al., 2019; Kazemian et al., 2019; Nihayati et al., 2020; Nurmaela et al., 2018; Putri et al., 2022) และงานวิจัยในประเทศไทย จำนวน 2 เรื่อง (Buranakunkitkan et al., 2018; Detchaiyot et al., 2020)

เมื่อพิจารณาคุณภาพงานวิจัยตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้ The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) ที่พัฒนาโดย Hong et al. (2018) ประกอบด้วยรูปแบบที่ 1: งานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 เรื่อง (Fernandes et al., 2021) รูปแบบที่ 2: การวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized control trial: RCT) จำนวน 2 เรื่อง (Behrouian et al., 2021; Kazemian et al., 2019) รูปแบบที่ 3: งานวิจัยเชิงปริมาณแบบพรรณนา จำนวน 9 เรื่อง (Abdelaal et al., 2021; Abd El-Ghafar et al., 2018; Buranakunkitkan et al., 2018; Detchaiyot et al., 2020; Feng et al., 2025; Gupta et al., 2019; Nihayati et al., 2020; Nurmaela et al., 2018; Putri et al., 2022) รูปแบบที่ 4: งานวิจัยเชิงผสมผสาน จำนวน 2 เรื่อง (Bishop & Greeff, 2015; Effendy et al., 2023) รายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2: ลักษณะและสรุปงานวิจัยที่นำมาศึกษา

งานวิจัย	ผู้แต่ง	วัตถุประสงค์	วิธีการวิจัย	การรวบรวมข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
1	Abdelaal et al., 2021	เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว	A correlation research design	ใช้แบบประเมิน CD-RISC-10 และแบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (MSPSS)	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมา 3 เดือน 200 คน	พบความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ, ครอบครัว และเพื่อน เท่ากับ .41, .79, .42 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญที่ .001
2	Abd El-Ghafar et al., 2018	เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ภาวะ และคุณภาพชีวิตของ	A correlation design study.	ใช้แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ, แบบวัดภาวะของผู้ดูแล และ World	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 109 คน	พบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับต่ำ 65.9% และความสัมพันธ์ระหว่างความ

งานวิจัย	ผู้แต่ง	วัตถุประสงค์	วิธีการวิจัย	การรวบรวมข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
		ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท		Health Organisation Quality Of Life		ยึดหยุ่นทางจิตใจกับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ -.453 อย่างมีนัยสำคัญที่ .001
3	Behrouian et al., 2021	เพื่อศึกษาผลของการฝึกควบคุมอารมณ์ต่อความยึดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของอิหร่าน	A randomized controlled trial.	โปรแกรมฝึกการควบคุมอารมณ์ 8 ครั้ง (สัปดาห์ละครั้ง) ครั้งละ 90 นาที และใช้แบบประเมิน CD-RISC	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งหมด 70 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 35 คน และ กลุ่มทดลอง 35 คน	หลังการทดลอง ระดับความยึดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ที่ .001
4	Bishop & Greeff, 2015	เพื่อระบุจุดแข็งและคุณสมบัติภายในครอบครัวที่พวกเขาเคยปรับตัวและพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่มเกี่ยวกับตัวแปรความสัมพันธ์กับสมาชิกที่ป่วย	A cross-sectional mixed-methods research design.	แบบประเมินตนเองซึ่งรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์จุดแข็งและทรัพยากรที่ครอบครัวใช้ในการปรับตัว	ทั้งหมด 42 คน แบ่งเป็น ผู้ปกครอง 33 คน และ ญาติพี่น้องอีก 9 คน	การปรับตัวของครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภทจะขอความช่วยเหลือจากสังคมและชุมชน, มีเพื่อนที่ช่วยในการปรับตัวทางจิตใจ และ ปัจจัยภายในครอบครัวมีความสำคัญต่อการปรับตัวของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญที่ .05, .03, .01 ตามลำดับเชิงคุณภาพ พบว่าความยึดหยุ่นทางจิตใจขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนทางสังคม ลักษณะนิสัย และ แหล่งข้อมูล
5	Buranakunkitan et al., 2018	เพื่อศึกษาความสามารถในการฟื้นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและความสัมพันธ์กับปัจจัยป้องกันต่างๆ	A correlation design study	แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี, ทัศนคติ, ความสามารถของผู้ดูแล, การสนับสนุนทางสังคม, พลังสุขภาพจิต	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในจังหวัดนนทบุรี 97 คน	พบความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญระหว่างความยึดหยุ่นและปัจจัยปกป้อง การมองโลกในแง่ดี ทัศนคติผู้ดูแล ความสามารถของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม $r = .69, .33, .41, .43$ ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญที่ .001

งานวิจัย	ผู้แต่ง	วัตถุประสงค์	วิธีการวิจัย	การรวบรวมข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
6	Detchaiyot et al., 2020	เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตเมือง จังหวัดชลบุรี	A descriptive predictive correlational study	แบบประเมินความยืดหยุ่นในชีวิต, การมองโลกในแง่ดี,ทัศนคติ,การรับรู้ภาระในการดูแล, ความผูกพันในครอบครัว,การสนับสนุนทางสังคม,ความผาสุกทางใจ	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 110 คน ในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี	ตัวทำนายความผาสุกทางใจได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความยืดหยุ่นทางจิตใจ ความมองโลกในแง่ดี และความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ 67.30% อย่างมีนัยสำคัญที่ .001
7	Effendy et al., 2023	ศึกษาความยืดหยุ่นทางจิตใจและประเพณีประสิทธิผลของโมเดลการเสริมพลังครอบครัวในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	Mixed-method study	โปรแกรมการเพิ่มพลังอำนาจของครอบครัว 7 สัปดาห์ 12 ครั้ง การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบประเมิน FRAS, ZBI, DCFS, SSS และ FPSQ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 167 คน เพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและ 8 คน ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ	เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ, คะแนนของระบบความเชื่อที่มีต่อผู้ป่วยและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .001 ทั้งหมดเชิงคุณภาพ แสดงให้เห็นถึงสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเผชิญขณะดูแล ได้แก่ อาการ ทรานสปิภาวะ ความเชื่อและการสนับสนุนที่ได้รับ
8	Feng et al., 2025	การศึกษาผลกระทบของการตีตราต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลในระหว่างการฟื้นฟู	A cross-sectional study	ใช้แบบประเมินการตีตรา, แบบวัดความยืดหยุ่นและแบบวัดความเมตตาต่อตนเอง	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 210 คน	พบการตีตราส่งผลโดยตรงต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแล total effect=-.381 ในขณะที่ความเมตตาต่อตัวเองของผู้ป่วยส่งผลต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจ total effect=-.641 อย่างมีนัยสำคัญที่ .001
9	Fernandes et al., 2021	เพื่อสำรวจอุปสรรคต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจของครอบครัวในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	Qualitative study	แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 31 คน	สิ่งที่ปิดกั้นต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรค, การตีตราจากสังคม, การแสดงออกทาง

งานวิจัย	ผู้แต่ง	วัตถุประสงค์	วิธีการวิจัย	การรวบรวมข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
10	Gupta et al., 2019	เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ที่แสดงออก ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	A correlation design study	ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า, แบบวัดการรับรู้ทางอารมณ์ในครอบครัว, แบบวัดความยืดหยุ่นทางจิตใจของครอบครัวและ Interpersonal support Evolution questionnaire	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 30 คน	อารมณ์, สัมพันธภาพกับผู้ป่วย และการดำเนินผู้ป่วย พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ .459 อย่างมีนัยสำคัญที่ .05
11	Kazemian et al., 2019	เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทรัพยากรการรับมือของครอบครัวต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท	Randomized Controlled Trial	โปรแกรมฝึกความเข้มแข็งของครอบครัวในการเผชิญปัญหาและแสวงหาความช่วยเหลือ 15 ครั้ง (สัปดาห์ละ 2 ครั้ง) ครั้งละ 120-150 นาที และใช้แบบประเมิน Connor and Davidson Resilience Scale	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งหมด 66 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 33 คน และ กลุ่มทดลอง 33 คน	ก่อนการทดลอง ระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง ระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001
12	Nihayati et al., 2020	เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการควบคุมตนเองกับความยืดหยุ่นทางจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	A cross-sectional design.	ใช้แบบประเมินความสามารถในการรับรู้ตนเอง, แบบวัดความยืดหยุ่นทางจิตใจ และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 216 คน	พบความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นทางจิตใจกับความสามารถในการควบคุมตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ .435 และ -.14 อย่างมีนัยสำคัญที่ .03
13	Nurmaela et al., 2018	เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นทางจิตใจของครอบครัวกับการเกิดซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทในหน่วยจิตเวช	A correlation design with cross-sectional study	ใช้แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 88 คน	พบความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นทางจิตใจกับการเกิดซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท เท่ากับ .88 อย่างมีนัยสำคัญที่ .001

งานวิจัย	ผู้แต่ง	วัตถุประสงค์	วิธีการวิจัย	การรวบรวมข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
14	Putri et al., 2022	เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นทางจิตใจของครอบครัวกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท	A correlation between family resilience and relapse in people with schizophrenia	แบบประเมิน The family resilience assessment scale	ครอบครัวของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท 139 คน	จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำจะลดลงเมื่อความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญที่ .001

2. จากการสังเคราะห์งานวิจัยพบประเด็นที่สามารถนำมาอธิบายเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จำแนกเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว, องค์ประกอบของความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว, ปัจจัยที่มีผลต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว และผลลัพธ์ของความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

งานวิจัยที่คัดเลือกมามุ่งเน้นไปที่ครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โดยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง บุตรหรือญาติ หรือมีความผูกพันทางกฎหมายเป็นสามีหรือภรรยา ซึ่งให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนหรือสิ่งของใด ๆ (Buranakunkitkan et al., 2018) ระยะเวลาที่ดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน (Nihayati et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาที่ยาวนานที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัวดูแลผู้ป่วยนานมากกว่า 15 ปี (Abdelaal et al., 2021; Feng et al., 2025; Gupta et al., 2019)

2.2 องค์ประกอบของความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

2.2.1 ระบบความเชื่อ เป็นการให้ความหมายของสถานการณ์กับความคิดเชิงบวก ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวที่เข้มแข็งสามารถค้นพบความหมายเชิงบวกในสถานการณ์ที่ยากลำบาก และรักษามุมมองที่เปี่ยมไปด้วยความหวัง ซึ่งรวมถึงการเปลี่ยนวิกฤตให้เป็นความท้าทายที่สามารถเอาชนะได้ (Bishop & Greeff, 2015) และเกี่ยวข้องกับสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ จิตวิญญาณ อาจเป็นความเชื่อทางศาสนา การมีความเชื่อในพลังที่อยู่เหนือธรรมชาติสามารถมอบความสบายใจ ความหวัง ทำให้เกิดความเข้าใจ และอดทนต่อความยากลำบาก (Bishop & Greeff, 2015; Putri et al., 2022)

2.2.2 ทรัพยากรทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชุมชน เช่น กลุ่มสนับสนุน (เป็นบุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน) ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางการเงิน ทรัพยากรเหล่านี้ช่วยให้ครอบครัวได้รับความรู้ ลดความเครียด และรู้สึกโดดเดี่ยวน้อยลง (Bishop & Greeff, 2015; Putri et al., 2022)

2.2.3 รูปแบบการจัดการกับอารมณ์ และกระบวนการสื่อสาร ประกอบด้วยวิธีที่ใช้จัดการกับความเครียด ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวที่มีความอ่อนคลาจะรักษาความรู้สึกผูกพันและการสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Putri et al., 2022) ซึ่งต้องอาศัยความชัดเจนและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เปิดเผย การสื่อสารที่ชัดเจน สื่อสัจย์ และเปิดเผยเป็นคุณสมบัติสำคัญของครอบครัวที่เข้มแข็ง ซึ่งรวมถึงการแสดงความรู้สึกและการรับฟังอย่างเห็นอกเห็นใจ ซึ่งช่วยในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว (Bishop & Greeff, 2015; Putri et al., 2022) การแก้ปัญหาแบบร่วมมือกันนั้น ครอบครัวที่เข้มแข็งจะทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหา ประนีประนอม และตัดสินใจร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว สิ่งนี้ช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกถึง ความรับผิดชอบร่วมกัน และควบคุมตนเองได้ (Putri et al., 2022)

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

2.3.1 การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลเชิงบวกต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในครอบครัว งานวิจัยชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์โดยตรงและเชิงบวกระหว่างระดับการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับความสามารถในการฟื้นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้นจะช่วยเพิ่มความสามารถในการรับมือกับความยากลำบาก การสนับสนุนทางสังคมสามารถแสดงออกมาในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ความช่วยเหลือทางอารมณ์ ความช่วยเหลือสิ่งของหรือทรัพย์สินที่จำเป็นที่จับต้องได้ และความช่วยเหลือด้านข้อมูล ซึ่งโดยรวมแล้วจะช่วยให้ผู้ดูแลจัดการกับความเครียดและรักษาความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองได้ (Gupta et al., 2019; Kazemian et al., 2019)

2.3.2 ความเมตตา โดยเฉพาะความเมตตาต่อตนเอง มีอิทธิพลอย่างมากต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว งานวิจัยชี้ให้เห็นว่าความเมตตาต่อตนเองเป็นปัจจัยป้องกันและกลไกการควบคุมทางจิตวิทยาเชิงบวก ช่วยลดผลกระทบด้านลบจากการตีตราและความเครียดที่เกี่ยวข้องกับโรค ความเมตตาต่อตนเองช่วยเพิ่มความสามารถในการรับมือกับความทุกข์ยาก ส่งผลให้มีความอดทนที่มากขึ้น (Feng et al., 2025; Gupta et al., 2019; Kazemian et al., 2019)

2.3.3 วิธีการในการเผชิญปัญหา เป็นทักษะสำคัญที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว การพัฒนาทักษะนี้ไม่ผ่านการศึกษาย่างเป็นทางการ การเสริมพลังครอบครัวแบบเจาะจง และหาทรัพยากรทรัพยากรต่างๆเพื่อการรับมือกับการดูแลผู้ป่วยช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ปรับตัวเข้ากับความท้าทาย และรักษาความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองในขณะที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคจิตเภท (Effendy et al., 2023; Feng et al., 2025; Kazemian et al., 2019)

2.3.4 การยอมรับการถูกตีตรา การถูกตีตราของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว มีลักษณะเป็นเชิงลบกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ อาจทำให้ความเครียดและความวิตกกังวลที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวแ่ล่ง โดยการถูกตีตราภายในมีผลต่อลดความยืดหยุ่นทางจิตใจโดยตรง (Feng et al., 2025; Gupta et al., 2019) ในขณะที่การถูกตีตราทางสังคมทำให้เกิดความเครียดและเป็นอุปสรรคต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจของครอบครัว (Abd El-Ghafar et al., 2018) การบำบัดทางการพยาบาลการที่เน้นการเสริมสร้างในการรับมือของครอบครัวสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้ ช่วยให้ครอบครัวจัดการกับความเครียดและลดผลกระทบของการตีตรา เกิดการยอมรับการถูกตีตรา (Behrouian et al., 2021; Kazemian et al., 2019) นอกจากนี้การบำบัดทางการพยาบาลที่เน้นการเพิ่มพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจโดยการจัดการกับปัจจัยการถูกตีตรา ทำให้ยอมรับการถูกตีตราได้ (Abdelaal et al., 2021; Effendy et al., 2023)

2.4 ผลลัพธ์ของความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป็นกระบวนการพลวัตที่บุคคลแสดงทักษะในการปรับตัว แม้จะเผชิญกับความยากลำบากมากมาย (Abd El-Ghafar et al., 2018) ถือเป็นปัจจัยปกป้องสุขภาพจิต ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับความเครียดทางจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนใหญ่วัดโดยใช้เครื่องมือ Connor-Davidson Resilience Scale

(CD-RISC) นอกจากนี้ยังมี Family Resilience Assessment Scale (FRAS), the Family Attachment and Changeability Index 8 (FACI8)

2.4.1 คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล เกี่ยวกับชีวิตของตนเองภายในระบบวัฒนธรรม และค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายและมาตรฐานของตน ครอบคลุมถึงสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัดโดย The WHO Quality-of-Life Scale brief version (Abd El-Ghafar et al., 2018)

2.4.2 ลดภาระของการดูแล หมายถึงผลกระทบทางกายภาพ จิตใจ และสังคมต่อผู้ดูแลบุคคลที่มีความผิดปกติเรื้อรัง งานวิจัยที่นำเสนอนี้ใช้เครื่องมือหลายชนิดเพื่อวัดภาระที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในครอบครัวต้องเผชิญ เครื่องมือที่ถูกอ้างถึงและอธิบายย่อที่สุดคือ Zarit Burden Interview (ZBI) ซึ่งประเมินภาระทางอารมณ์ส่วนบุคคลในหลากหลายด้านของชีวิต นอกจากนี้ยังมี Devaluation of Consumer Families Scale (DCFS) และ Expressed Emotion (EE)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาแสดงถึงความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว โดยลักษณะทั่วไปผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว คือเป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวนั้น เนื่องจากเมื่อผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัว จะเกิดความสัมพันธ์ภายในบ้าน มีการสื่อสารระหว่างสมาชิก และการยอมรับโรคในระดับครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้จะสะท้อน กลไกความยืดหยุ่นเชิงครอบครัว อย่างแท้จริง (Lau et al., 2018; Magliano et al., 2016) โดยจะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 3 เดือน สอดคล้องกับกับศึกษาของ Magliano (2016) ว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจะพบความเครียดและความเหนื่อยล้าขึ้นอย่างชัดเจนในเดือนที่ 3-6 ของการดูแล

องค์ประกอบของความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถเปรียบเทียบกับทฤษฎี Resilience ของ Grotberg (1995) ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ระบบความเชื่อ หรือ I am หมายถึง ความเชื่อมั่นในคุณค่าและความสามารถของตน การมองโลกในแง่ดี ความรับผิดชอบ และความอดทน องค์ประกอบที่ 2 ทรัพยากรทางสังคมและเศรษฐกิจ หรือ I have หมายถึง ครอบครัวที่ให้ความรักและความมั่นคง เครือข่ายสังคมที่ให้อารมณ์ดี และความช่วยเหลือจากชุมชนหรือบริการสุขภาพ องค์ประกอบที่ 3 รูปแบบการจัดการกับอารมณ์ และกระบวนการสื่อสาร หรือ I can คือ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการอารมณ์ การแก้ปัญหาและการขอความช่วยเหลือ แต่สำหรับในงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ศึกษานี้ใช้แบบประเมิน CD-RIS ซึ่งสามารถใช้ประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจได้เนื่องจากมีความเชื่อพื้นฐานเดียวกันคือ สามารถฟื้นตัวหรือเติบโตได้ ท่ามกลางความทุกข์ยาก แต่ต่างกันที่องค์ประกอบในการวัดของ CD-RIS มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถส่วนบุคคล ความเชื่อมั่นในตนเอง การยอมรับการเปลี่ยนแปลง การควบคุมตนเอง และ จิตวิญญาณ (Connor & Davidson, 2003)

ปัจจัยที่มีผลต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม หรือ I Have (ฉันมี) เป็นปัจจัยปกป้อง หมายถึง การมีผู้คนรอบข้างที่ช่วยเหลือ สนับสนุน และเชื่อมั่นในตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ส่วน ความเมตตา โดยเฉพาะ ความเมตตาต่อตนเอง (self-compassion) เป็นปัจจัยภายในที่ช่วยเสริม resilience โดยลดการวิพากษ์ตนเอง และส่งเสริมการยอมรับความไม่สมบูรณ์ของชีวิต (Neff & Germer, 2018) หรือ I am (ฉันเป็น) และ วิธีการในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม หรือ I can (ฉันทำได้) ช่วยเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ในขณะที่ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวก็ส่งผลต่อการเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหา งานวิจัยก่อนหน้านี้นี้พบว่าวิธีการเผชิญปัญหาแบบยืดหยุ่นเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของความยืดหยุ่นทาง

จิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว (Connor & Davidson, 2003) ในขณะที่ การตีตราทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวลดลง และลดความคงทนทางอารมณ์ เป็นปัจจัยลบที่บั่นทอน ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยก่อนหน้านี้หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้รับการพัฒนาทักษะจากโปรแกรมช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น การเพิ่มพลังอำนาจของครอบครัว การฝึกความเข้มแข็งของครอบครัวในการเผชิญปัญหาและแสวงหาความช่วยเหลือ การฝึกการควบคุมอารมณ์ ก็จะทำให้เกิดการยอมรับการถูกตีตรา (Behrouian et al., 2021; Effendy et al., 2023; Kazemian et al., 2019)

การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการเป็นรูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมกับการสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยที่มีมาก่อน โดยวิธีการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการเอื้อให้ผู้วิจัยเลือกสรรงานวิจัยต้นแบบที่มีความแตกต่างกันในการใช้ระเบียบวิจัย เช่น งานวิจัยเชิงทดลอง หรืองานวิจัยเชิงพรรณนา และนำมาสังเคราะห์เพื่อให้ได้องค์ความรู้ในรูปแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ และตอบคำถามการวิจัยได้ อย่างไรก็ตามพบช่องว่างขององค์ความรู้ในเรื่อง ปัจจัยที่สนับสนุนการปรับตัวและผลลัพธ์ความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัว (well-being) โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย และการศึกษาและพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามมีข้อจำกัดจากงานที่นำมาสังเคราะห์มีทั้งเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณ และผสมผสาน ซึ่งมีเครื่องมือวัดความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวไม่เหมือนกันบ้างในงานวิจัย ทำให้การเทียบเคียงเชิงปริมาณทำได้จำกัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวผ่านโปรแกรมสนับสนุนเชิงจิตสังคม เช่นโปรแกรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นการเพิ่มพลังภายใน การฝึกความเข้มแข็งของครอบครัวในการเผชิญปัญหาและแสวงหาความช่วยเหลือ และการฝึกการควบคุมอารมณ์ โดยพยาบาลสามารถสอดแทรกกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย เช่น การฝึกสติ การสื่อสารเชิงบวก หรือการคิดเชิงสร้างสรรค์ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลปรับตัวต่อการดูแลได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ลดการตีตรา เชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว และหน่วยบริการสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อคงไว้ซึ่งความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนการปรับตัวด้านอื่น ๆ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว และความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัว โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย เพื่อที่จะได้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม อีกทั้งควรมีการพัฒนาเครื่องมือจำเพาะที่ใช้วัดความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวที่เป็นมาตรฐานฉบับภาษาไทย ซึ่งจะสามารถเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้อย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความอนุเคราะห์จาก ผศ.ดร. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ ผศ.ดร. เมทณี ระดาบุตร และ ดร. วรกรอง เนลสัน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณที่ท่านได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการดำเนินงานวิจัยตั้งแต่ต้นจนสำเร็จ รวมทั้งผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ข้อคิดเห็นเชิงวิชาการอันมีคุณค่า ผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัวและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาการทำวิจัยครั้งนี้

References

- Abdelaal, H. M., Eita, L. H., & Khedr, M. M. (2021). Resilience and perceived social support among family caregivers of patients with schizophrenia. *Egyptian Journal of Health Care, 12*(1), 1108–22. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2021.179109>
- Abd El-Ghafar, S. A. El-M., Abd El-Nabic, A. A., & Fathallab, H. El-D. (2018). Resilience, burden, and quality of life in Egyptian family caregivers of patients with schizophrenia. *Egyptian Nursing Journal, 15*, 196–204. https://doi.org/10.4103/ENJ.ENJ_1_18
- Behrouian, M., Ramezani, T., Dehghan, M., Sabahi, A., & Zarandi, B. E. (2021). The effect of the emotion regulation training on the resilience of caregivers of patients with schizophrenia: A parallel randomized controlled trial. *BMC Psychol, 9*(39), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00542-5>
- Bishop, M., & Greeff, A.P. (2015). Resilience in families in which a member has been diagnosed with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health, 22*(7), 463–71. <https://doi.org/10.1111/jpm.12230>
- Buranakunkitkan, S., Chaisena Dallas, J., Hengudomsub, P., & Wetid, P., (2018). Relationships between protective factors and resilience among schizophrenia caregivers. *Nursing Journal of the Ministry of Public, 28*(1), 24–35. (in Thai)
- Chen, L., Zhao, Y., Tang, J., Jin, G., Liu, Y., Zhao, X., ... & Liu, Z. (2019). The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: A qualitative study. *BMC Psychiatry, 19*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2052-4>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Detchaiyot, P., Vatanasin, D., & Hengudomsub, P. (2020). Factors influencing psychological well-being among caregivers of patients with schizophrenia. *Nursing Journal of the Ministry of Public, 30*(3), 170–81. (in Thai)
- Effendy, E., Amin, M. M., & Mardhiyah, S. A. (2023). Families taking care of individuals with schizophrenia: A mixed method resilience study. *The Open Public Health Journal, 16*, 1–9. <https://doi.org/10.2174/0118749445260773231019104619>
- Feng, J., Du, C., Xiao, Y., Liu, J., Chen, Q., Liu, Y., & Zhang, Z. (2025). Dyadic effects of stigma and self-compassion on resilience of schizophrenic patients and caregivers during recovery: An actor-partner interdependence mediation model. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 21*, 775–90. <https://doi.org/10.2147/NDT.S507386>
- Fernandes, J. B., Fernandes S. B., Almeida, A. S., & Cunningham R. C. (2021). Barriers to family resilience in caregivers of people who have schizophrenia. *Journal of Nursing Scholarship, 53*(4), 393–9. <https://doi.org/10.1111/jnu.12651>
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Bernard van Leer Foundation.
- Gupta, M., Prajapati, N., & Sharma, R. (2019). A study on schizophrenia group: Expressed emotion, resilience and social support. *The International Journal of Indian Psychology, 7*(2), 920–26.

- Hong, Q. N., Gonzalez-Reyes, A., & Pluye, P. (2018). Improving the usefulness of a tool for appraising the quality of qualitative, quantitative and mixed methods studies, the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). *J Eval Clin Pract*, 24(3), 459–67. <https://doi.org/10.1111/jep.12884>
- Kazemian, S., Zarei, N., & Esmaeeli, M. (2019). The effectiveness of intervention based on strengthening family coping resources approach on resilience in family caregivers of patients with schizophrenia. *Int J Behav Sci*, 13(1), 26–32.
- Lau, S. Y. Z., Guerra, R.O., Barbosa, J., & Phillips, S. (2018). Impact of resilience on health in older adults: A cross-sectional analysis from the International Mobility in Aging Study (IMIAS). *BMJ Open*, 8(11), e023779. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023779>
- Magliano, L., Fiorillo, A., Rosa, C., Malangone, C., & Maj, M. (2016). Burden, attitudes and social support in the families of patients with long-term physical diseases. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 13(4), 255–61. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001779>
- Mueser, K. T., & Gingerich, S. (2013). *The complete family guide to schizophrenia: Helping your loved one get the most out of life*. Guilford Publications.
- Neff, K., & Germer, C. (2018). *The mindful self-compassion workbook: A proven way to accept yourself, build inner strength, and thrive*. Guilford Publications.
- Nihayati, H. E., Isyuniarsasi, I., & Tristiana, D. (2020). The relationship of self-efficacy between resilience and life quality of caregivers toward schizophrenics. *Sys Rev Pharm*, 11(3), 834–7.
- Nurmaela, N. M., Suryani, S., & Rafiyah, I. (2018). The relationship of family resilience with relapse in the schizophrenia patients at psychiatric unit. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 6(1), 18–24. <https://doi.org/10.24198/jkp.v6i1.340>
- Putri, D. E., Afrizal, A., Hamidi, D., Effendy, E., Susilawati, F. Y., & Wenny, B. P. (2022). Relationship of family resilience with relapse in people with schizophrenia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 14(10), 335–40. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.7651>
- Geriani, D., Savithry, K. S., Shivakumar, S., & Kanchan, T. (2015). Burden of care on caregivers of schizophrenia patients: A correlation to personality and coping. *Journal of clinical and diagnostic research*, 9(3), VC01–VC04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/11342.5654>
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–78.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *J Adv Nurs*, 52(5), 546–53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ในนักศึกษาพยาบาล

ศุกรใจ เจริญสุข* กัญญาวิณี โมกขาว*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย การคัดกรองภาวะซึมเศร้าจะช่วยป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงและช่วยลดอาการซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี สำหรับนักศึกษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2566 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 242 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 11Q ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q และ 8Q ของกรมสุขภาพจิต นำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D และ Hamilton Rating Scale โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย : แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี มีค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .84 มีค่าความสัมพันธ์กับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เท่ากับ 0.79 และมีค่าความสัมพันธ์กับแบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton Depression Rating Scale เท่ากับ 0.89

สรุปผล : แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี มีคุณสมบัติทางจิตวิทยาของเครื่องมือที่ยอมรับได้สามารถนำไปใช้คัดกรองและจำแนกผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้

คำสำคัญ : การคัดกรอง นักศึกษาพยาบาล ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ภาวะซึมเศร้า

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ศุกรใจ เจริญสุข Email: sukjai@bnc.ac.th

Received: July 13, 2025

Revised: December 22, 2025

Accepted: December 22, 2025

Psychometric Properties of the “Seven-Color Ball” Depression Screening Tool for Nursing Students

Sukjai Charoensuk* Kanyawee Mokkhao*

Abstract

Background: Depression among nursing students is a significant mental health issue that affects academic performance and serves as a major risk factor for suicide. Depression screening can help prevent severe mental health problems and reduce depressive symptoms.

Objectives: To examine the psychometric properties of the Depression Screening Tool based on the “Seven-Color Ball” concept for nursing students.

Methods: This descriptive study used purposive sampling to select 242 first- to fourth-year nursing students in the academic year 2023 from a nursing college under the Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. The research instrument was the 11Q Depression Screening Tool, adapted from the 9Q and 8Q depression screening questionnaires developed by the Department of Mental Health. Three experts evaluated content validity. Reliability was tested using Cronbach’s alpha coefficient, and construct validity was assessed by correlating the scores with the CES-D and Hamilton Rating Scale for Depression. Data were analyzed using Pearson’s correlation coefficient.

Results: The Depression Screening Tool based on the Seven-Color Ball concept demonstrated acceptable reliability with a Cronbach’s alpha of .84. The instrument showed a correlation of 0.79 with the adolescent depression screening scale and 0.89 with the Hamilton Depression Rating Scale.

Conclusion: The Seven-Color Ball depression screening tool has acceptable psychometric properties and can be used to screen and identify individuals at risk for depression.

Keywords: Screening, nursing students, Seven-Color Ball, depression

* Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute
Corresponding Author: Sukjai Charoensuk, Email: sukjai@bnc.ac.th

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดทั่วโลก และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การทำงาน ความสัมพันธ์ และเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีแห่งชีวิตที่มีคุณภาพ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรประมาณ 4% ของประชากรโลกที่มีภาวะซึมเศร้า (World Health Organization [WHO], 2025) สำหรับประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสะสม และเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ในปี 2568 ว่ามีถึงจำนวน 1,391,907 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นจากช่วงเวลาเดียวกันในปี 2567 ที่มีจำนวน 1,308,013 คน (Department of Mental Health, 2025)

ภาวะซึมเศร้านักเริ่มต้นในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากการพึ่งพาในวัยเด็กมาสู่การพึ่งตนเองในวัยผู้ใหญ่และแสวงหาอัตลักษณ์ของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยมีความชุกที่สูงทั่วโลก (Liu et al., 2022) ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการศึกษาพบว่า ค่ามัธยฐานอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัย 6 ประเทศ ได้แก่ กัมพูชา ลาว มาเลเซีย พม่า ไทย และเวียดนาม อยู่ที่ร้อยละ 29.4 โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่ร้อยละ 7-8 (Dessauvagie et al., 2021) และนักศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์มีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากที่สุด (Kaewkanta & Rungreangkulkij, 2015)

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการป้องกันการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรคซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับบุคคลทั่วไป ส่วนใหญ่จะเป็นแบบสอบถามที่ให้ตอบด้วยตนเอง (self-report) ที่นิยมใช้ในกลุ่มประชาชนทั่วไปได้แก่ Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ที่พัฒนาขึ้นโดย Radloff (1977) เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในบุคคลทั่วไป และแปลเป็นภาษาไทยโดย Trangkasombat et al. (1997) เพื่อนำมาใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย ต่อมาการศึกษาของ Spitzer et al. (1999) ได้พัฒนาแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย 9 ข้อ (The Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9) ซึ่งเป็นแบบสอบถามชุดหนึ่งในแบบประเมินความผิดปกติทางจิตในการดูแลปฐมภูมิ (the Primary Care Evaluation of Mental Disorders: PRIME-MD) โดยคำถาม 9 ข้อนี้อิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (DSM-IV) และได้รับการทดสอบว่าเป็นเครื่องมือประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าฉบับย่อที่มีคุณภาพ (Kroenke et al., 2001) แบบประเมิน PHQ-9 ได้แปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามฉบับภาษาไทย โดย Lotrakul et al. (2008) และพบว่ามีคุณสมบัติทางจิตวิทยาที่ดี สามารถใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้โดยใช้ค่าคะแนนตัด (cut-off score) ที่ 9 ขึ้นไป

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในระดับจังหวัด โดยเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีความเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดต่างๆ ตามภูมิภาคของประเทศไทย โดยได้มีการพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นภาษาท้องถิ่นทั้งภาษาอีสานและภาษาไทยใต้และจัดทำเป็นแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ด้วยการคัดกรองสามระดับ ได้แก่ ระดับที่หนึ่งการค้นหา โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม ระดับที่สองการประเมินอาการ โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม และระดับที่สาม การประเมินการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (Department of Mental Health, 2017) การพัฒนาแบบประเมินอาการซึมเศร้าในบริบทของไทยนั้น โดย Kongsuk et al. (2018) ได้พัฒนาข้อคำถามจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยและญาติ และได้ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินพบว่ามีความสัมพันธ์ทางจิตวิทยาที่ดี สามารถใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้โดยใช้ค่าคะแนนตัด (cut-off score) ที่ 7 ขึ้นไปและต้องทำ

การประเมินการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถามต่อไป ซึ่งทำให้การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในรายที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต้องได้รับการประเมินถึงสามครั้ง

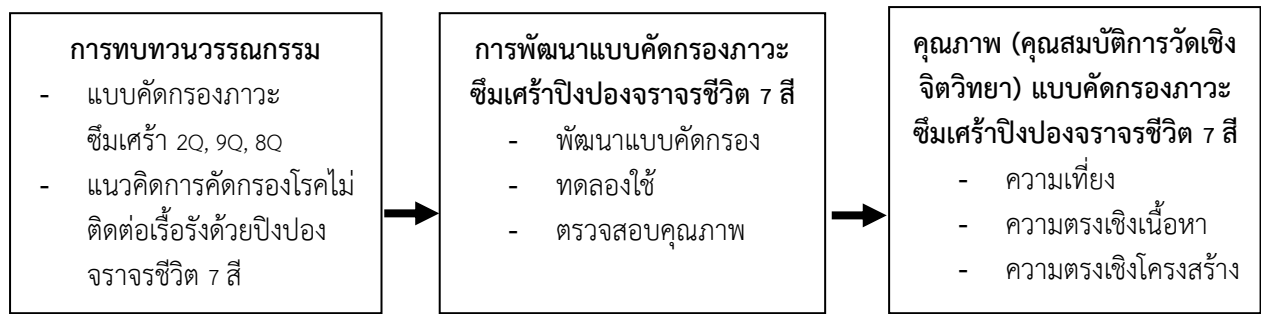
แนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สีเป็นแนวคิดในการคัดกรองเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่พัฒนาโดยวิชัย เทียนถาวร (Tienthavorn, 2013) ทำการคัดกรองและแบ่งกลุ่มเป็น 7 กลุ่มกำหนดสีแต่ละกลุ่มตามระดับความรุนแรง โดยสีขาวหมายถึงกลุ่มคนปกติที่ยังไม่ป่วย สีเขียวอ่อน หมายถึงกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้ต้องป้องกันการเจ็บป่วยด้วยการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 3 ล. (ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) ทั้งนี้ต้องให้กลุ่มสีเขียวอ่อนปรับพฤติกรรมจนสามารถกลับมาเป็นสีขาวได้ สีเขียวเข้ม หมายถึงกลุ่มป่วยที่รับการรักษาและคุมอาการได้ สีเหลือง หมายถึงกลุ่มที่เริ่มมีอาการป่วยเล็กน้อย สีส้ม หมายถึงกลุ่มที่มีอาการป่วยปานกลาง สีแดง หมายถึงกลุ่มที่มีอาการป่วยรุนแรง และสีดำ หมายถึงกลุ่มป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้นำแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สีไปใช้ในการคัดกรองเฝ้าระวังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน (Ar-yuwat et al., 2017; AYoh et al., 2022; Jamjumroon & Phatisena, 2017; Juwa et al., 2019; Nateewattana et al., 2015) แต่ยังไม่มีการนำแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สีมาใช้ในการคัดกรองเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จึงสนใจที่จะนำแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สีมาคัดกรองเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล โดยประยุกต์ข้อคำถามจากแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามและแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถามของกรมสุขภาพจิต และทดสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี ซึ่งจะทำให้การคัดกรองภาวะซึมเศร้าสามารถดำเนินการคัดกรองได้ในครั้งเดียวและมีการแบ่งระดับความรุนแรง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการคัดกรอง เฝ้าระวังป้องกันโรคซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาวิชาชีพทางสุขภาพอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี ในนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี เป็นการตรวจสอบคุณภาพของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี ของ วิชัย เทียนถาวร (Tienthavorn, 2013) ที่ประเมินคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 7 กลุ่มและกำหนดสีตามระดับภาวะสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มปกติ (สีขาว) กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) กลุ่มป่วยที่ควบคุมอาการได้ (สีเขียวเข้ม) กลุ่มป่วยเล็กน้อย (สีเหลือง) กลุ่มป่วยปานกลาง (สีส้ม) กลุ่มป่วยรุนแรง (สีแดง) และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน (สีดำ) ร่วมกับแนวคิดการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2017) นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กก่อนนำไปขยายผลใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่เพียงพอ เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาในด้านความเที่ยงและความตรง



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study)

ประชากร

ประชากรในการวิจัยเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ในปีการศึกษา 2566

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2566 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จำนวน 242 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตร Taro Yamane (Yamane, 1973) ดังนี้ $n=N/(1 + Ne^2)$ โดยในปีการศึกษา 2566 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี มีนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ จำนวน 604 คน และผู้วิจัยกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ 5% จึงต้องมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง $n=604/(1 + 604* 0.05^2)$ เท่ากับจำนวน 240.63 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นนักศึกษาพยาบาลที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2566 และยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยตอบแบบสอบถามออนไลน์ในช่วงเวลาที่กำหนดคือสัปดาห์แรกของเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566

เกณฑ์การคัดออก เป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายหรือทางจิตที่รุนแรง ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

ภายหลังการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มีนักศึกษาพยาบาลลงนามยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 253 คน เมื่อครบกำหนดระยะเวลาตอบแบบสอบถามมีนักศึกษาพยาบาลตอบแบบสอบถามออนไลน์ จำนวน 242 คน ไม่มีการตอบแบบสอบถามซ้ำและไม่มีผู้ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน จึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 242 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งมีจำนวน 2 ข้อให้ระบุชั้นปี และอายุของกลุ่มตัวอย่าง

2) แบบคัดกรองภาวะซีมีเศร่า 11Q ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบคัดกรองภาวะซีมีเศร่า 9Q และ 8Q ของกรมสุขภาพจิต โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะซีมีเศร่า และแนวคิดการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยปิงปองจรรยาจรชีวิต 7 สี

2.2 ผู้วิจัยคัดเลือกแบบคัดกรองภาวะซีมีเศร่า 9Q และ 8Q ของกรมสุขภาพจิตมาเป็นต้นแบบในการคัดกรอง เนื่องจากเป็นแบบคัดกรองที่มีการศึกษาพบว่าเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการนำไปใช้ในระบบเฝ้าระวังโรคซีมีเศร่าที่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการคัดกรองโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรังด้วยปิงปองจรรยาชีวิต 7 สีของวิชัย เทียนถาวร (Tienthavorn, 2013) แต่เนื่องจากการคัดกรองโดยใช้ 9Q มีการแปลผลการคัดกรองเป็น 4 กลุ่ม และหากมีคะแนนมากกว่า 7 ต้องทำการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายด้วยแบบคัดกรอง 8Q ต่อ เพื่อให้การคัดกรองภาวะซึมเศร้าสามารถดำเนินการคัดกรองได้ในครั้งเดียวและมีการแบ่งระดับความรุนแรงเพื่อเป็นการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรคซึมเศร้าได้ ตามแนวคิดการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ผู้วิจัยจึงได้ดัดแปลงข้อคำถามของแบบคัดกรอง 8Q มาบูรณาการกับแบบคัดกรอง 9Q โดยใช้แบบสอบถาม 9Q เป็นหลัก ตัดข้อคำถามที่ 9 ออกเนื่องจากเป็นการสอบถามเกี่ยวกับความคิดทำร้ายตนเองและความคิดฆ่าตัวตาย และเลือกข้อคำถามจากแบบคัดกรอง 8Q เกี่ยวกับ การมีความคิดฆ่าตัวตาย (ข้อ 3) การมีแผนการฆ่าตัวตาย (ข้อ 4) และได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย (ข้อ 7) มารวมกับ 8 ข้อแรกของ 9Q รวมเป็น 11 ข้อคำถาม โดยข้อ 1 ถึงข้อ 8 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งคำตอบเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ไม่มีเลย = 0 คะแนน, เป็นบางวัน (1-7 วัน) = 1 คะแนน, เป็นบ่อย (มากกว่า 7 วัน) = 2 คะแนน และเป็นทุกวัน = 3 คะแนน ส่วนข้อ 9- 11 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แบ่งคำตอบเป็น “ใช่” และ “ไม่ใช่” ถ้าตอบใช่ในข้อ 9 ได้ = 6 คะแนน, ข้อ 10 = 8 คะแนน, ข้อ 11 = 10 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลแบ่งกลุ่มผู้ที่ได้รับการคัดกรองออกเป็น 7 กลุ่มโดยใช้สีเป็นสื่อสัญลักษณ์ตามระดับความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยดัดแปลงเกณฑ์การแปลผลคะแนนของแบบคัดกรอง 9Q และแบบคัดกรอง 8Q (Department of Mental Health, 2017) มาเป็นเกณฑ์ของแบบคัดกรอง 11Q ดังนี้

< 7 คะแนน	สีขาว กลุ่มที่ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือกลุ่มปกติ
7- 12 คะแนน	สีเขียวยอ่อน กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า
13- 18 คะแนน	สีเหลือง กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย
19- 22 คะแนน	สีส้ม กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และมีความคิดอยากตาย
23- 30 คะแนน	สีแดง กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง และมีแผนการฆ่าตัวตาย
> 30 คะแนน	สีดำ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมาก และได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย

2.3 ผู้วิจัยนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 11Q ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นจิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน และแพทย์ผู้พัฒนาแนวคิดการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 1

2.4 ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .84

2.5 ผู้วิจัยนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 11Q ไปใช้คัดกรองในกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 242 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการหาความตรงเหมือน (convergent validity) กับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) และแบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton Depression Rating Scale (HAMD)

3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) เป็นแบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นโดย Radloff (1977) เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในบุคคลทั่วไป และแปลเป็นภาษาไทยโดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ (Trangkasombat et al.,

1997) เพื่อนำมาใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เป็นแบบสอบถามที่ให้ตอบด้วยตนเอง (self-report) โดยสอบถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับตามความรุนแรงหรือความถี่ของอาการ ดังนี้

ไม่เคย	(<1 วัน)	คะแนนเท่ากับ	0
นาน ๆ ครั้ง	(1-2 วัน)	คะแนนเท่ากับ	1
บ่อย ๆ	(3-4 วัน)	คะแนนเท่ากับ	2
ตลอดเวลา	(5-7 วัน)	คะแนนเท่ากับ	3

เมื่อรวมคะแนนทุกข้อคำถามแล้ว หากมีคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า แบบประเมิน CES-D ได้รับการยอมรับว่ามีคุณภาพมาตรฐานในการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 จุดตัดคะแนนที่ 22 จะมีความไวร้อยละ 72 ความจำเพาะร้อยละ 85 และความแม่นยำร้อยละ 82 (Trangkasombat et al., 1997)

4) แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton Depression Rating Scale (HMAD) เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย พัฒนาขึ้นโดยศาสตราจารย์ Hamilton ในปี ค.ศ. 1967 ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบคุณภาพของฉบับภาษาไทยโดยมานิช หล่อตระกูล และคณะ (Lotrakul et al., 2008) ซึ่งพบว่า interrater reliability ของแบบวัดมีค่า kappa เท่ากับ 0.87 ความแม่นยำตรงของแบบวัดเมื่อเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale พบว่ามีค่า Spearman's correlation coefficient = -.8239 ความสอดคล้องภายใน (internal consistencies) ของแบบวัดซึ่งมีค่า standardized Cronbach's alpha coefficient = 0.7380 นับเป็นแบบวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่ใช้เป็นมาตรฐาน ซึ่งต้องใช้ประเมินโดยแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช แบบประเมินมีจำนวน 17 ข้อสอบถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าที่มีลักษณะเป็นอันตรภาค (interval scale) โดยให้ผู้ประเมินเลือกคำตอบที่ตรงกับอาการของผู้ป่วยที่ประเมินได้มากที่สุด ในแต่ละข้อแบ่งคะแนนของความรุนแรงของอาการ ออกเป็น 0-2 หรือ 0-4 คะแนนรวมจะถูกนำไปเทียบกับเกณฑ์เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยทั่วไปแล้ว คะแนน 0-7 ถือว่าปกติ, 8-16 แสดงถึงภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย, 17-23 แสดงถึงภาวะซึมเศร้าปานกลาง, และคะแนน 24 ขึ้นไป แสดงถึงภาวะซึมเศร้ารุนแรง

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการคัดกรองและดูแลด้วยปิงปองจราจร 7 สี ต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล” ได้รับการรับรองการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่ BNC REC 03/2566 ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมและความสมัครใจการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจและไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อไปได้ ผู้วิจัยจะพิจารณาให้ยุติการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวมเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ โดยเริ่มเก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2566 ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้พบนักศึกษาที่ละชั้นปี ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง
2. นักศึกษาที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย มีนักศึกษาลงนามจำนวน 253 คน
3. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 11Q และ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D หลังจากนั้นส่งลิงก์การตอบแบบสอบถามออนไลน์ให้นักศึกษาและให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยกำหนดให้ตอบภายในสัปดาห์แรกของเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566
4. เมื่อครบกำหนด ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลที่นักศึกษาตอบแบบสอบถามพบว่า มีนักศึกษาตอบแบบสอบถามจำนวน 242 คน และตรวจสอบความครบถ้วนและซ้ำซ้อนของข้อมูล คัดคะแนนรายบุคคล และแบ่งกลุ่มจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันจรรยาจรชีวิต 7 สี ออกเป็นสีขาว สีเขียวอ่อน สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง และสีดำ
5. หลังจากนั้นผู้วิจัยคนที่สองซึ่งเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จึงทำการประเมินกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ได้แก่ สีเขียวอ่อน สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง และสีดำ โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton Depression Rating Scale เป็นรายบุคคล ในรายที่พบว่ามีความซึมเศร้าได้ดำเนินการช่วยเหลือโดยการให้ดูแลตามโปรแกรมการคัดกรองและดูแลด้วยป้องกันจรรยาจร 7 สีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและส่งต่อจิตแพทย์ในรายที่รุนแรงเพื่อรับการรักษาต่อ ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่และร้อยละ
2. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการคัดกรองโดยใช้ 11Q และคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้ CES-D และ HAMD วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และตรวจสอบความเที่ยงของแบบคัดกรอง 11Q ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 242 คน ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 31.82 รองลงมาอยู่ในชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 30.99 ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 24.38 และชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 12.81 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.93 มีอายุ 19 ปี ร้อยละ 36.8 รองลงมาคืออายุ 20 ปี ร้อยละ 35.5 และอายุ 18 ปี ร้อยละ 14.9 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=242)

ชั้นปี	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปี 1		77	31.82
ปี 2		75	30.99

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปี 3	59	24.38
ปี 4	31	12.81
เพศ		
หญิง	237	97.93
ชาย	5	2.07
อายุ		
18 ปี	36	14.9
19 ปี	89	36.8
20 ปี	86	35.5
21 ปี	27	11.2
22 ปี	3	1.2
23 ปี	1	0.4
รวม	242	100

2. ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า

การคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันปัจจัยจิต 7 สี (11Q) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มสีขาว คือไม่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 83.47 รองลงมาเป็นกลุ่มสีเขียวอ่อน คือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 11.98 และเป็นกลุ่มสีเหลือง คือมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ร้อยละ 3.31 ตามลำดับ ส่วนการคัดกรองโดยใช้ Hamilton depression rating scale พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า และมีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 4.55 ในขณะที่การคัดกรองโดยใช้ CES-D พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 79.34 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 20.66 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนสูงสุด ต่ำสุด จำนวน ร้อยละของคะแนนภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันปัจจัยจิต 7 สี (11Q) คะแนนประเมินอาการซึมเศร้า (Hamilton depression rating scale) และคะแนนภาวะซึมเศร้า (CESD) (n=242)

ภาวะสุขภาพจิต	Min	Max	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนภาวะซึมเศร้า (11Q)	0	33		
สีขาว			202	83.47
สีเขียวอ่อน			29	11.98
สีเขียวเข้ม			2	0.83
สีเหลือง			8	3.31
สีส้ม			0	0
สีแดง			0	0
สีดำ			1	0.41
คะแนนประเมินอาการซึมเศร้า (Hamilton depression rating scale)	0	13		
ไม่มีอาการซึมเศร้า			231	95.45
มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย			11	4.55
คะแนนภาวะซึมเศร้า (CESD)	3	42		
ไม่ซึมเศร้า (น้อยกว่า 22 คะแนน)			192	79.34
ซึมเศร้า (ตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป)			50	20.66
รวม			242	100

3. การตรวจสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา

การตรวจสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี โดยการทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีค่าเท่ากับ .84 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ และตรวจสอบความตรงเหมือน (convergent validity) กับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) และ แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton Depression Rating Scale โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับแบบประเมินอาการซึมเศร้า Hamilton Depression Rating Scale ($r=.89$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D ($r=.79$) ในขณะที่แบบประเมินอาการซึมเศร้า Hamilton Depression Rating Scale มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (CES-D) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนภาวะซึมเศร้า (11Q) คะแนนประเมินอาการซึมเศร้า (Hamilton depression scale) และคะแนนภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CESD) ($n=242$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	คะแนนภาวะซึมเศร้า (11Q)	คะแนนประเมินอาการซึมเศร้า (Hamilton depression scale)	คะแนนภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CESD)
คะแนนภาวะซึมเศร้า (11Q)	1		
คะแนนประเมินอาการซึมเศร้า (Hamilton depression rating scale)	.89**	1	
คะแนนภาวะซึมเศร้า (CESD)	.79**	.85**	1

** $p<.05$

อภิปรายผล

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี (11Q) มีค่าความสอดคล้องภายในจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ดี คือมีค่าเท่ากับ 0.84 ซึ่งเป็นค่าความสอดคล้องภายในระดับดีเพราะระหว่าง 0.8–0.9 (Suwanbamrung, 2020) แสดงว่าแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 11Q มีความสม่ำเสมอภายใน โดยแต่ละข้อของแบบคัดกรองมีความสอดคล้องกันในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาคุณสมบัติด้านความสอดคล้องภายในของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันคือแบบคัดกรอง PHQ-9 พบว่ามีค่าสูงกว่าค่าความสอดคล้องภายในของแบบคัดกรอง PHQ-9 ฉบับภาษาไทยทั้งการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า (Lotrakul et al., 2008) และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Somboonterdtana & Ngoenwiwatkul, 2022) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี (11Q) มีความตรงเหมือนที่ดีเช่นกันจากค่าความสัมพันธ์ในระดับสูงทั้งกับการประเมินโดยแบบสอบถาม Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) และ การประเมินโดย Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาความสัมพันธ์ของแบบคัดกรอง PHQ-9 และ HAMD ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศจีน (Ma et al., 2021) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.72 ในขณะที่แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 11Q มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับ HDRS เท่ากับ 0.89 แสดงถึงความเหมือนกันของแบบคัดกรอง 11Q และ แบบประเมิน HAMD ในการประเมินภาวะซึมเศร้าที่สูง แสดงว่าแบบ

คัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า (11Q) มีคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาที่ได้ตามมาตรฐาน (Pasunon, 2015) เมื่อเปรียบเทียบกับแบบคัดกรอง PHQ-9 ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นแบบคัดกรองความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เป็นมาตรฐานนั้น แบบคัดกรอง 11Q มีคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาที่มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน แต่มีการประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเพิ่มจากการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมิน CES-D ซึ่งใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่าแบบคัดกรอง 11Q มีจำนวนข้อคำถามน้อยกว่าและมีการคัดกรองแยกตามระดับความรุนแรงในขณะที่แบบประเมิน CES-D มีการประเมินแยกเพียงกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี มีการแบ่งกลุ่มออกเป็นจำนวน 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มปกติ (สีเขียว) กลุ่มเสี่ยง (สีเหลืองอ่อน) และกลุ่มป่วย ซึ่งกลุ่มป่วยมีการแบ่งออกเป็นจำนวน 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มป่วยแต่ควบคุมได้ด้วยยาและการปรับพฤติกรรม (สีเขียวเข้ม) กลุ่มป่วยเล็กน้อยหรือมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ (สีเหลือง) กลุ่มป่วยปานกลางหรือมีภาวะซึมเศร้าร่วมกับมีความคิดอยากตาย (สีส้ม) กลุ่มป่วยรุนแรงหรือมีภาวะซึมเศร้ามากร่วมกับมีแผนการฆ่าตัวตาย (สีแดง) และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะซึมเศร้ามากจนได้มีอาการทำร้ายตนเองแต่ยังไม่สำเร็จ (สีดำ) ซึ่งจะแตกต่างจากการแบ่งระดับความรุนแรงของการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ที่แบ่งเป็นการคัดกรองเป็น 5 ระดับ ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มที่มีแนวโน้มซึมเศร้า กลุ่มซึมเศร้าระดับน้อย กลุ่มซึมเศร้าระดับปานกลาง และกลุ่มซึมเศร้าระดับรุนแรง ส่วนที่การคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี เพิ่มเติมขึ้นมาคือการเพิ่มกลุ่มป่วยที่ควบคุมอาการได้ (สีเขียวเข้ม) ซึ่งการแบ่งกลุ่มป่วยแต่ควบคุมได้ด้วยยาและการปรับพฤติกรรม (สีเขียวเข้ม) ตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี จะช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้าที่ควบคุมอาการได้จะยังได้รับการดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต่ำและสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือผู้ให้การดูแลจะมีผลต่อการรับประทานยา (Srichai et al., 2021)

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และเป็นกลุ่มบุคคลทั่วไป ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าจึงพบไม่มาก รวมทั้งไม่ได้มีการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สีในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การศึกษาคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยานี้จึงมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถประเมินค่าความไว (sensitivity) และค่าความจำเพาะ (specificity) ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี (11Q) พบว่าเป็นแบบคัดกรองที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ทั้งด้านความเชื่อมั่นและความตรง โดยมีค่าความเชื่อมั่นที่ทดสอบโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.84 และค่าความตรงเหมือนจากการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันกับแบบสอบถาม CES-D ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในบุคคลทั่วไปในระดับสูง ($r=.79$) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันกับแบบประเมินความรุนแรงของซึมเศร้า HAMD ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรฐานของการประเมินภาวะซึมเศร้าในระดับสูงมาก ($r=.89$) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี (11Q) จึงเป็นแบบคัดกรองที่ได้มาตรฐานสามารถนำไปใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลและอาจขยายไปใช้ในบุคคลทั่วไปได้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. สถาบันพระบรมราชชนก สามารถพัฒนาระบบการคัดกรองเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายเชิงรุก เพื่อการดูแลนักศึกษาของสถาบันได้ โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี (11Q) และพัฒนาโปรแกรมการดูแลตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แต่ต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้เกี่ยวข้องด้วยการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี และวิธีการคัดกรองด้วย 11Q

2. สถาบันการศึกษาอื่นสามารถนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี (11Q) นี้ ไปประยุกต์ใช้เพื่อเฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาและจัดระบบการดูแลเพื่อช่วยเหลือนักศึกษาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายได้ทันทั่วทั้งที่

3. วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกสามารถนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี (11Q) ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการวิชาการแก่สังคมโดยการคัดกรองในชุมชนได้ แต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้แบบคัดกรองนี้ทางคลินิกที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจทางคลินิก

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ หรือในกลุ่มประชาชนทั่วไป เพื่อทดสอบการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สีในการคัดกรองระดับปฐมภูมิ

2. ควรมีการศึกษาการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อทดสอบคุณสมบัติเชิงจิตวิทยาในด้านการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

3. ควรมีการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลภายหลังการคัดกรองตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี ในนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษากลุ่มอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรีในการสนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนกในการสนับสนุนให้พัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี ตลอดจนกำหนดนโยบายให้วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกได้นำไปใช้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

References

- Ar-yuwat, S., Poonsup, A., & Meethip, N. (2017). Screening for hypertension and diabetes among Thai teenagers and adults in Muang District of Phitsanulok province. *Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(suppl.), S131-S146. (in Thai)
- AYoh, N., Sittisart, V., & Na Wichian, S. (2022). The effectiveness of health promoting program on behavior modification based on PBRI's Model for patients with hypertension in Samokhae sub-district, Mueang district, Phitsanulok province. *Journal of Boromarjonnani College of Nursing Suphanburi*, 5(2), 129-39. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2017). *Guidelines for depression surveillance at provincial level* (4th ed.) The excellence center for depressive disorder. <https://www.thaidepression.com/2020/web/index.php?r=news%2Fview&id=209>

- Department of Mental Health. (2025). Report on access to service for patients with depression. https://www.thaidepression.com/www/report/main_report/ (in Thai)
- Dessauvagie, A. S., Dang, H. M., Nguyen, T. A. T., & Groen, G. (2021). Mental health of university students in Southeastern Asia: A systematic review. *Asia-Pacific journal of public health, 34*(2-3), 172–81. <https://doi.org/10.1177/10105395211055545>
- Jamjumroon, P., & Phatisena, T. (2017). Using the 7 colors diabetes mellitus self- awareness evaluation project in preventing and controlling diabetes in subdistrict health promotion hospitals in Nakhon Ratchasima. *Ratchaphruek Journal, 15*(2), 125–34. (in Thai)
- Juwa, S., Wongwat, R., & Manoton, A. (2019). The effectiveness of the health behavior change program with 7 colors ball tool on knowledge, health belief and behavior related to the prevention and control of hypertension and diabetes mellitus, in Maeka sub-district, Muang district, Phayao province. *Songklanagarind Journal of Nursing, 39*(2), 127–41. (in Thai)
- Kaewkanta, P., & Rungreangkulkij, S. (2015). Prevalence of depression in higher education students in Chiangrai province. *Nursing Journal CMU, 42*(4), 48–64. (in Thai)
- Kongsuk, T., Arunpongpaisal, S., Janthong, S., Prukkanone, B., Sukhawaha, S., & Leejongpermpoon, J. (2018). Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *J Psychiatr Assoc Thailand, 63*(4), 321-34. (in Thai)
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine, 16*(9), 606–13. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Liu, X.Q., Guo, Y.X., Zhang, W.J., & Gao, W.J. (2022). Influencing factors, prediction and prevention of depression in college students: A literature review. *World Journal of Psychiatry, 12*(7), 860–73. <http://dx.doi.org/10.5498/wjp.v12.i7.860>
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry, 8*, 46 (2008). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-46>.
- Ma, S., Yang, J., Yang, B., Kang, L., Wang, P., Zhang, N., Wang, W., Zong, X., Wang, Y., Bai, H., Guo, Q., Yao, L., Fang, L., & Liu, Z. (2021). The Patient Health Questionnaire-9 vs. the Hamilton Rating Scale for Depression in assessing major depressive disorder. *Front. Psychiatry 12*, 747139. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.747139>
- Nateewattana, J., Chankawikun, R., Chaiwong, S., Yongying, P. & Tienthavorn, V. (2015). Vichai Model “7 colors” to surveillance for hypertension and diabetes of Phukamyao district population, Phayao province. *Naresuan Phayao Journal, 8*(1), 25–9. (in Thai).
- Pasunon, P. (2015). Validity of questionnaire in social science research. *Journal of Social Sciences Srinakharinwirot University, 18*, 375–96. (in Thai).
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

- Somboonterdtana, Y. (2022). Discrepancy between patient report and caregiver report of PHQ-2 and PHQ-9 for chronic illness patients enrolled in home health care service, Family Medicine Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Journal of Primary Care and Family Medicine*, 5(2), 102–12. (in Thai).
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W., & the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group (1999). Validity and utility of the self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA*, 282(18), 1737–44.
<https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Srichai, A., Foofoeng, T., & Pacharapakornsin, P., (2021). Factors related with medication adherence in patients with depression. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 15(38), 671–84. (in Thai).
- Suwanbamrung, J., (2020). *Research process: an implementation for health and nursing*. (5th ed.) Kor Polkarnpim. (in Thai).
- Tienthavorn, V. (2013). *Surveillance system, control, prevention of diabetes, hypertension in Thailand: policy to action* (3rd ed.). Federation of Savings and Credit Cooperatives of Thailand Limited. (in Thai).
- Trangkasombat, U., Larpboonsarp, V., Havanond, P. (1997). CES-D as a screen for depression in adolescents. *Journal of The Psychiatric Association of Thailand*, 42(1), 2–13. (in Thai).
- World Health Organization. (2025). *Depressive disorder (depression)*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. (3rd ed.). New York: Harper and Row.

รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ผุสดี ก่อเจดีย์* จารุณี จันทร์เปล่ง* ปรารค์ จักรไชย*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ โดยมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและป้องกันการเกิดโรคได้

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การประเมินผล และการสะท้อนผล บนพื้นฐานของแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 33 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ เนื้อหา

ผลการวิจัย : ผู้เข้าร่วมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก ($\bar{X}=3.86$) และมีพฤติกรรมสุขภาพระดับมาก ($\bar{X}=3.65$) โดยเฉพาะด้านการรับประทานยา ($\bar{X}=4.71$) ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและการส่งเสริมความเข้าใจในการดูแลตนเอง

สรุปผล : รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถยกระดับความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชุมชน

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : จารุณี จันทร์เปล่ง, E-mail: penguin760@gmail.com

Received: July 14, 2025

Revised: December 29, 2025

Accepted: December 29, 2025

Health Literacy Promotion Model for Stroke Prevention among Hypertensive Patients in the Community

Pudsadee Korjedee* Jarunee Janpleng* Prang Jakchai*

Abstract

Background: Stroke is a leading cause of mortality, with hypertension as a primary risk factor. Promoting health literacy is essential for enabling patients to practice effective self-care and prevent disease.

Objectives: This study aimed to develop a health literacy promotion model to prevent stroke among patients with hypertension.

Methods: This action research study consisted of four stages: planning, action, evaluation, and reflection, based on the concept of community participation. Quantitative data were collected from 33 patients with hypertension, while qualitative data were obtained from community leaders, village health volunteers, and healthcare personnel. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: The participants demonstrated high levels of health literacy ($\bar{x}=3.86$) and health-related behaviors ($\bar{x}=3.65$), especially in medication adherence ($\bar{x}=4.71$). Qualitative findings indicated that the developed model was appropriate for the community context and effectively enhanced participants' understanding of self-care practices.

Conclusion: The health literacy promotion model integrated with community participation effectively improved health literacy and preventive health behaviors among patients with hypertension.

Keywords: Health literacy, stroke, hypertensive patients, community

* Faculty of Nursing, St.Teresa International University

Corresponding Author: Jarunee Janpleng, E-mail: penguin760@gmail.com

บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเองและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ (World Health Organization [WHO], 1998) บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงสามารถเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพได้ดี มีความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงของโรคต่าง ๆ ได้ ความรู้ด้านสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านหลัก ได้แก่ ความรู้ด้านข้อมูลสุขภาพ (Health information literacy) เป็นความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ได้อย่างถูกต้อง มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ โดยบุคคลต้องสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เช่น เว็บไซต์ทางการแพทย์ หน่วยงานรัฐ (WHO, 2024) 2) การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ โดยสามารถอ่านและตีความฉลากยา เอกสารทางการแพทย์ และคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ (Kickbusch et al., 2013) 3) การประเมินข้อมูลสุขภาพ ความสามารถในการแยกแยะ ข้อมูลเท็จ หรือข้อมูลที่ไม่ได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ (Nutbeam & Lloyd, 2021) และ 4) การนำข้อมูลไปใช้ การใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (Sørensen et al., 2012) ความรู้ด้านระบบบริการสุขภาพ (Health system literacy) ได้แก่ 1) เข้าใจโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ ความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน ศูนย์บริการสาธารณสุข หน่วยบริการปฐมภูมิ และทุติยภูมิได้ (WHO, 2013) 2) สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การใช้สิทธิประกันสุขภาพ เช่น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคมหรือสิทธิข้าราชการได้ 3) การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรู้ว่าต้องติดต่อใครและไปที่ไหนเมื่อมีอาการป่วย เช่น การใช้สายด่วนสุขภาพ (Kickbusch et al., 2013) และ 4) การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ สามารถอธิบายอาการป่วยของตนเอง สอบถามแผนการรักษาและเข้าใจข้อมูลที่แพทย์ให้ถูกต้อง (Sørensen et al., 2012) และความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior literacy) เป็นความสามารถในการนำความรู้ด้านสุขภาพไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน (Nutbeam, 2025) เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 2) พฤติกรรมป้องกันโรค โดยการล้างมือบ่อย ๆ การสวมหน้ากากอนามัย การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ (WHO, 2020) 3) การจัดการความเครียด ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ (Sørensen et al., 2012) และ 4) การลดพฤติกรรมเสี่ยง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติดที่เป็นอันตราย (Kickbusch et al., 2013)

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะที่พบบ่อยในชุมชน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย วัยกลางคนที่มีอายุเกิน 40 ปีและผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (Thai Hypertension Society, 2015) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จากการศึกษาของ Nilnate (2019) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอัตราสูงถึงร้อยละ 53 จากการสำรวจความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (Knowledge Attitude and Practice: KAP survey) เรื่องความรู้ เจตคติ พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของคนในชุมชนหมู่ที่ 7 บ้านปากคลอง 15 หกวา ตำบลชุมพล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า ประชากรในชุมชนขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 53 ประชากรในชุมชนมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้เกลือ หรือเครื่องปรุงรสในอาหาร ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 40.85 ประชากรในชุมชนมีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผงปรุงรสในการประกอบอาหารที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 63.33

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ช่วยพัฒนาระบบการดูแลและการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนและการ

สนับสนุนจากชุมชน (Suriya, 2023; Norseeda & Chomnirat, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากกระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบบูรณาการจากผู้มีส่วนได้เสีย ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุข และหน่วยงานท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การอบรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน การจัดระบบการติดตามกลุ่มเสี่ยง การบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของทุกสาขาวิชาชีพ และการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้วยการสร้างความร่วมมือทุกภาคส่วนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ (Suriya, 2023) และพบการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านโรคหลอดเลือดสมองให้แก่พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกระบวนการฝึกอบรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease risk: CVD risk) ในระดับสูง ค่าความดันโลหิตตัวบน ค่าคะแนนความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และค่าสัดส่วนระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังดำเนินการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) (Rachakai & Trinnawoottipong, 2023)

การศึกษาในครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-Based Participatory Research: CBPR) (Israel et al., 2013) และแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson (1993) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนไทย เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างยั่งยืน

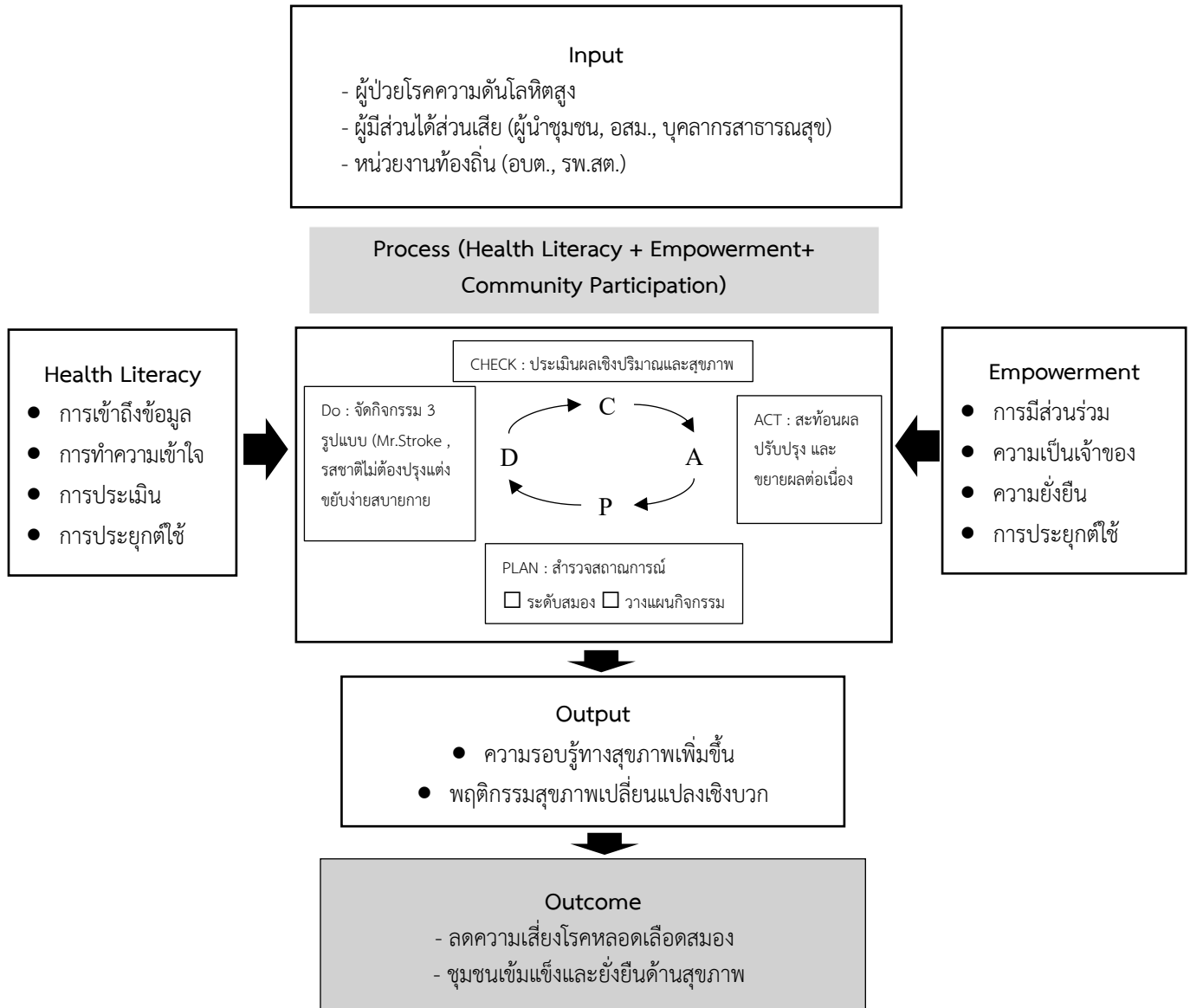
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เป็นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ประกอบด้วย 1) ขั้นวางแผน (plan) 2) ขั้นปฏิบัติการ (Do) 3) ขั้นติดตามและประเมินผล (Check) และ 4) ขั้นการปรับปรุง (Act) โดยใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation theories) เป็นวิธีที่ชุมชนมีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมตัดสินใจในกิจกรรมหรือการพัฒนาใด ๆ เพื่อส่งเสริมความยั่งยืนและการพึ่งพาตนเอง และแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและสามารถปรับตัว เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) เป็นการนำความรู้ด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาและเพิ่มคุณภาพชีวิต 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ (access) เป็นการใช้ความสามารถในการฟัง การดู การอ่าน การเขียน และสืบค้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) เป็นความสามารถในการเผยแพร่การสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเหตุผลและน่าเชื่อถือ 4) การจัดการตนเอง (self management) เป็นความสามารถในการตั้งเป้าหมายวางแผน ประเมินตนเอง เพื่อนำไปสู่กระบวนการปฏิบัติ 5) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการคิด ทำความเข้าใจ วิเคราะห์เนื้อหาหรือสื่อที่นำเสนอได้อย่างเหมาะสม และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) เป็นกระบวนการคิดในการเลือกอย่างมีเหตุผลจากทางเลือกที่มี

อยู่ร่วมกับแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson (1993) ที่เน้นให้ประชาชนและชุมชน มีบทบาทในการออกแบบและดำเนินกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างยั่งยืน ดังภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ผสานกับการวิจัยเชิงคุณภาพ และกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน ซึ่งมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่การสำรวจ วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และประเมินผล เก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในหมู่ 7 ชุมชนปากคลอง 15 หกวา จังหวัด นครนายก

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในหมู่ 7 ชุมชนปากคลอง 15 หกวา จังหวัดนครนายก จำนวน 33 คน เนื่องจากประชากรทั้งหมดในชุมชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายมีจำนวน 33 คน จึงใช้ประชากรทั้งหมดมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Etikan et al., 2016) คัดเลือกด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) อาศัยอยู่ในหมู่ 7 ชุมชนปากคลอง 15 หกวา จังหวัดนครนายก อย่างน้อย 1 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ 3) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

สำหรับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการบริการสุขภาพในพื้นที่จำนวน 11 คน งานวิจัยเชิงคุณภาพอาศัยหลักการความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) (Malterud et al., 2016) จำนวน 11 คน มีความเพียงพอเนื่องจากแต่ละคนเป็นผู้แทนของกลุ่มสำคัญ ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสะท้อนมุมมองที่ครอบคลุมของชุมชน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหาร การปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพ กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่ม กลุ่มผู้บริหารการปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล 2) ผู้บริหารหมู่บ้าน และ 3) สมัครใจ เข้าร่วมการวิจัย ส่วนกลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สำหรับสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ต้นแบบ (Department of Health, Ministry of Public Health, 2015) ประกอบด้วย 3 ตอน จำนวน 35 ข้อ ใช้แบบสอบถามส่วนกลางตามคู่มือรหัสบันทึกข้อมูลแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ต้นแบบกระทรวงสาธารณสุขกรมอนามัย ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบ จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบตัวเลือก

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับที่วัดความยากง่ายของการกระทำ คือ ไม่เคยทำ (1 คะแนน) ทำได้ยากมาก (2 คะแนน) ทำได้ยาก (3 คะแนน) ทำได้ง่าย (4 คะแนน) และทำได้ง่ายมาก (5 คะแนน)

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 2 ตอนย่อย คือ

3.1 พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ประกอบด้วย ระดับไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ (2 คะแนน) ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ (3 คะแนน) ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์ (4 คะแนน) และปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ (5 คะแนน)

3.2 พฤติกรรมมารับประทานยาและมาตรวจตามนัดเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วัดความถี่ของการปฏิบัติ คือระดับไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) บ้างบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อย ๆ (4 คะแนน) และปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ลักษณะแบบสอบถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ (Jiraro, 2019) การแปลผลคะแนน ดังต่อไปนี้

- 1.00 - 1.49 ผลการประเมินระดับ น้อยที่สุด
- 1.50 - 2.49 ผลการประเมินระดับ น้อย
- 2.50 - 3.49 ผลการประเมินระดับ ปานกลาง
- 3.50 - 4.49 ผลการประเมินระดับ มาก
- 4.50 - 5.00 ผลการประเมินระดับ มากที่สุด

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่เพื่อกำหนดรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบด้วย 3 คำถาม ได้แก่ 1) ชุมชนมีความต้องการข้อมูลและบริการสุขภาพอะไรบ้าง 2) ชุมชนจะวางแผนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร และ 3) แนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับชุมชนเป็นอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.50 ในทุกข้อคำถาม ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน (Reliability) หาค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพได้เท่ากับ .93 และพฤติกรรมสุขภาพได้เท่ากับ .65

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา เอกสารรับรองเลขที่ TRSU 011/2567 ลงวันที่ 24 เมษายน 2568

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน

1. วิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 7 ชุมชนปากคลอง 15 หกวา โดยการใช้แบบสอบถามประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2. จัดประชุมสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ จำนวน 11 คน ประกอบด้วย นายก องค์การบริหารส่วนตำบลชุมพล และรองนายก จำนวน 2 คน ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าบ่อ จำนวน 3 คน เพื่อกำหนดรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เป็นการสนทนากลุ่มใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured questions)

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ

1. จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อนำรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปสู่การปฏิบัติ โดยประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “Mr. Stroke รู้เร็ว รอด” กิจกรรมที่ 2 “รสชาติที่ดีไม่ต้องปรุงแต่ง” และ กิจกรรมที่ 3 “ขยับง่าย สบายกาย”

2. ลงมือปฏิบัติการตามแผน ทำการตรวจคัดกรองสุขภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สร้างความตระหนักการใช้สารปรุงแต่ง และแนะนำการออกกำลังกายและสาธิตวิธีการออกกำลังกายในกิจกรรม “ขยับง่าย สบายกาย”

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล

โดยการทดสอบความรู้ การซักถาม ในประเด็นความต้องการข้อมูลและระบบสุขภาพอะไรบ้าง การวางแผนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างไรบ้าง และสอบถามความรู้สึกและความรู้จากการเข้าร่วมโครงการ

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุง

การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ จำนวน 11 คน เป็นแนวคำถาม ปัญหา/อุปสรรค ในการดำเนินงาน เพื่อแก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงระดับความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้าน รวมทั้งคะแนนรวม

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยดำเนินการดังนี้ ถอดข้อความการสนทนากลุ่มจากไฟล์เสียงและบันทึกการประชุม จัดกลุ่มข้อมูล (Coding) ตามประเด็นหลัก สรุปเป็นหมวดหมู่และธีม (themes) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness) มีการใช้ Triangulation 3 ลักษณะ ดังนี้ 1) แบบสอบถามเชิงปริมาณและการสนทนากลุ่ม (Method triangulation) 2) ข้อมูลได้มาจากหลายกลุ่มในชุมชน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขบุคลากรสาธารณสุข (Data source triangulation) และ 3) ทีมวิจัยมากกว่า 1 คน ร่วมกันถอดความ (Investigator triangulation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหมู่ 7 ชุมชนปากคลอง 15 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 มีอายุระหว่าง 60–69 ปี จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.8 สำหรับบทบาทหรือสถานะทางสังคม พบว่าร้อยละ 90.9 เป็นประชาชนทั่วไป และมีเพียงร้อยละ 9.1 ที่ดำรงตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการบริหารองค์กรท้องถิ่น

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =3.86, (SD=0.74) โดยองค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.40, SD=1.13) องค์ประกอบที่ 2 การเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =3.95, SD=0.98) องค์ประกอบที่ 3 การประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =3.93, SD=0.94) และองค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =4.14, SD=0.61) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n=33)

รายการ	\bar{X}	SD	การแปลผล
องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.40	1.13	ปานกลาง
องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	3.95	0.98	มาก
องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	3.93	0.94	มาก
องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.14	0.61	มาก
รวม	3.86	0.74	มาก

2.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =3.65, SD=0.66) โดยด้านการบริโภคอาหารมีพฤติกรรมระดับปานกลาง คือ มักกินอาหารแบบเดิม ซ้ำ ๆ จำเจ ด้านการออกกำลังกายมีพฤติกรรมระดับปานกลางทั้งการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และการเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่อง ส่วนด้านการจัดการความเครียดมีพฤติกรรมระดับมาก รายละเอียดแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n=33)

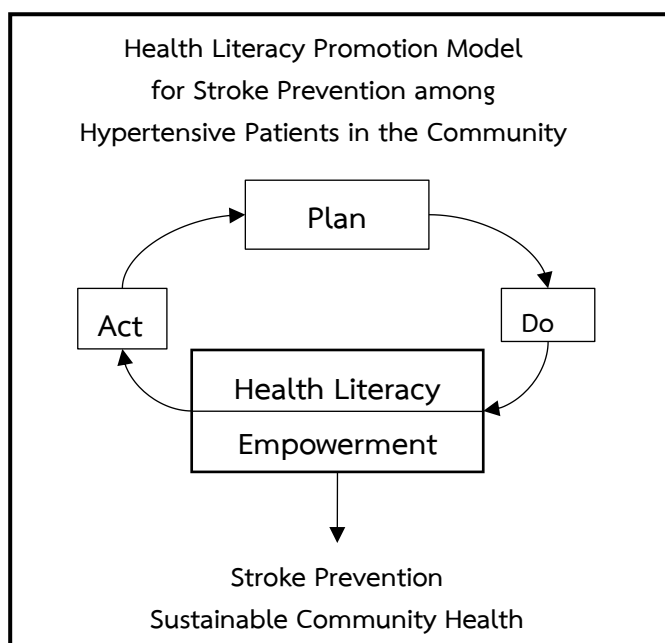
ข้อ	รายการ	\bar{X}	SD	มีพฤติกรรมระดับ
การบริโภคอาหาร				
1	กินผักและผลไม้สดที่ไม่หวานจัด อย่างน้อยวันละครึ่งกิโลกรัม	3.75	1.25	มาก
2	มักกินอาหารแบบเดิม ซ้ำ ๆ จำเจ	3.45	1.25	ปานกลาง
3	ไม่กินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด แกงกะทิ เนื้อติดมัน	3.66	1.31	มาก
4	ไม่กินขนมที่มีรสหวาน เช่น ลูกอม ขนมเชื่อม หรือผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง	3.87	1.13	มาก
5	ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำแดง น้ำเขียว	4.15	1.20	มาก
6	ไม่กินอาหารรสเค็ม หมักดอง หรือเติมน้ำปลาเพิ่มในอาหาร	3.90	1.30	มาก
การออกกำลังกาย				
7	ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ประมาณ 30 นาที จนรู้สึกเหนื่อยหรือมีเหงื่อออก	2.63	1.57	ปานกลาง
8	เคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องจากการทำกิจวัตรประจำวัน ประมาณ 30 นาที เช่น เดินไปทำงาน ทำงานบ้าน	3.30	1.74	ปานกลาง
การจัดการความเครียด				
9	ไม่มีอาการเบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	4.12	1.19	มาก
10	ไม่มีอาการหลับยากหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	3.69	1.46	มาก
รวมทุกด้าน		3.65	0.66	มาก

2.3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการรับประทานยา และมาตรวจตามนัดเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} =4.71, SD=0.53) ทุกข้อมีคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ระดับมากที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการรับประทานยา และมาตรวจตามนัดเพื่อควบคุม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n=33)

ข้อ	รายการ	\bar{x}	SD	พฤติกรรมระดับ
1	มาพบแพทย์ตามเวลานัดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	4.63	0.99	มากที่สุด
2	รับประทานยาตามจำนวนที่แพทย์สั่ง	4.69	0.98	มากที่สุด
3	รับประทานยาตามเวลาและครบทุกมื้อ	4.66	0.81	มากที่สุด
4	ไม่รับประทานยาของผู้อื่นที่ป่วยโรคเดียวกัน	4.84	0.44	มากที่สุด
5	ไม่หยุดรับประทานยาเองเมื่ออาการดีขึ้น	4.72	0.62	มากที่สุด
รวม		4.71	0.53	มากที่สุด

3. รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ของคนในชุมชนหมู่ที่ 7 ชุมชนปากคลอง 15 ดังภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ของคนในชุมชนหมู่ที่ 7 ชุมชนปากคลอง 15

4. ผลการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

4.1 การตรวจคัดกรองสุขภาพ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต เจาะวัดระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี โดยใช้ Thai CV risk พบว่า

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในกิจกรรม “Mr. Stroke รู้เร็ว รอด” เป็นการนำโมเดลนวัตกรรม Mr. Stroke รู้เร็ว รอดเป็นสื่อในการให้ความรู้ สาเหตุการเกิด การป้องกันและระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke FAST Track) โดยมีการแจกสมุดการ์ด สัญญาณเตือนให้ผู้เข้าร่วมนำกลับบ้านได้ และเชิญผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงมาแชร์ประสบการณ์

กิจกรรมที่ 2 สร้างความตระหนักการใช้สารปรุงแต่งในกิจกรรม “รสชาติที่ดีไม่ต้องปรุงแต่ง” โดยอธิบายแนะนำให้ผู้เข้าร่วมโครงการตระหนักถึงการปรุงแต่งในการทำอาหารรวมถึงพฤติกรรม ความเชื่อ

ที่ไม่ถูกต้อง และการอ่านฉลากสารปรุงแต่งต่าง ๆ โดยผู้วิจัยนำรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ฯ จจริงมาให้ผู้เข้าร่วมได้ทดลองอ่าน และแจกแผ่นพับ

กิจกรรมที่ 3 แนะนำการออกกำลังกายและสาธิตวิธีการออกกำลังกาย ในกิจกรรม “ขยับง่าย สบายกาย” สาธิตวิธีการออกกำลังกายและให้ผู้เข้าร่วมปฏิบัติพร้อมกับผู้นำเสนอ ซึ่งจะมีแผ่นพับให้ข้อมูลวิธีการออกกำลังกายรูปภาพแสดงท่าการออกกำลังกาย

4.2 ประเมินผล โดยการซักถามในประเด็นความต้องการข้อมูลและระบบสุขภาพอะไรบ้าง การวางแผนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างไรบ้าง และสอบถามความรู้สึกและความรู้จากการเข้าร่วมโครงการ พบว่า

4.2.1 ประเด็นที่สะท้อนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

“จะมีอาการหน้าเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง”

“การควบคุมความดันโลหิตให้ไม่เกิน 140/90 จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้”

“โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการกินอาหาร หวาน มัน เค็ม”

“การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง”

“โรคหลอดเลือดสมองป้องกันได้” “เดินออกกำลังกายช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง”

“ไม่กินเค็ม ใสเกลือบ ซีอิ๊ว หรือเครื่องปรุงรส เท่าที่จำเป็น” “ไม่สูบบุหรี่” “ลดน้ำหนัก”

“หลีกเลี่ยงของทอด ของหวาน” “กินอาหารผักพื้นบ้าน ไม่กินอาหารกระป๋อง”

“หาอะไรทำ มีรายได้จะได้ไม่เครียด”

4.2.2 ประเด็นที่สะท้อนความรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

“เจ็บป่วยฉุกเฉิน บอกรอส. หรือผู้ใหญ่บ้านช่วยเรียกรถ อปต.ไปส่งที่โรงพยาบาล”

“รีบให้ลูกพาไปตรวจที่ รพสต. ก่อนสะดวกดี”

4.2.3 ประเด็นสะท้อน การวางแผนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

“หมั่นวัดความดันโลหิตเดือนละครั้ง” “เดินออกกำลังกายทุกวัน” “กินดี พักผ่อน”

“ไม่กินเค็ม เลือกรับประทานอาหารทำผักกินเอง”

4.2.4 ประเด็นสะท้อน ความรู้สึกและความรู้จากการเข้าร่วมโครงการ

“ได้ความรู้ในการป้องกันโรค” “สนใจที่ได้ร่วมกิจกรรม” “อยากให้มามีกิจกรรมแบบนี้เรื่อยๆ”

“อยากดูแลสุขภาพ ไม่ให้ป่วยติดเตียง”

อภิปรายผล

การสำรวจสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับมาก ($\bar{X}=3.86$) โดยเฉพาะด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ($\bar{X}=4.14$) แต่ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.40$) แสดงถึงข้อจำกัดในการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่มีอยู่ ซึ่งอาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaedumkeong and Thummakul (2015) ศึกษาเรื่องการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ กล่าวว่าผู้สูงอายุจำนวนมากมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ เนื่องจากข้อจำกัดด้านการศึกษา การเข้าถึงข้อมูล การรู้เท่าทัน และการใช้เทคโนโลยี ข้อมูลยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Aaby et al. (2017) ที่พบว่าผู้มีระดับสุขภาพต่ำจะประสบปัญหาในการนำข้อมูลไปใช้และประเมินแหล่งข้อมูลอย่างเหมาะสม ในเรื่องพฤติกรรมประเด็นสำคัญที่พบ คือ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในระดับปานกลางบางรายการ เช่น การรับประทานอาหารเช้า ($\bar{X}=3.45$) และการออก

กำลังกายต่อเนื่อง ($\bar{X}=2.63$) ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมที่เน้นการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและการเสริมแรงทางสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาจเผชิญข้อจำกัดด้านร่างกาย (Nutbeam, 2025) การจัดประชุมสนทนากลุ่ม เพื่อออกแบบกิจกรรมที่ตรงกับปัญหาและบริบทของชุมชน ผลลัพธ์จากการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในกระบวนการตัดสินใจทำให้เกิดการยอมรับและสนับสนุนกิจกรรมได้อย่างกว้างขวาง แนวทางนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson (1993) เสนอว่า การเสริมพลัง (Empowerment) ช่วยให้คนในชุมชนแสดงความคิดเห็น เรียนรู้และร่วมตัดสินใจในเรื่องสุขภาพ การมีส่วนร่วมนี้ก่อให้เกิดความรู้สึก “เป็นเจ้าของ” (ownership) ต่อการพัฒนาโครงการสุขภาพ ความร่วมมือระหว่างชุมชนและหน่วยงานท้องถิ่นเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของแผนสุขภาพ กระบวนการวางแผนกิจกรรมสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของชุมชน ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและสังคมทำให้ประชาชนมีความมั่นใจในการจัดการสุขภาพตนเองมากขึ้น อีกทั้งยังสนับสนุนโดยงานของ Norseeda and Chomnirat (2019) ที่ระบุว่าทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องและความร่วมมือในระยะยาว การจัดกิจกรรมสุขภาพตามความต้องการของชุมชน กิจกรรมที่จัด เช่น “Mr. Stroke รู้เร็ว รอด” “รสชาติที่ดีไม่ต้องปรุงแต่ง” และ “ขยับง่าย สบายกาย” มีเป้าหมายเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ลดการบริโภคอาหารเค็ม และส่งเสริมการออกกำลังกาย ผลลัพธ์ที่ได้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการกินเค็มลดลง และเกิดความตระหนักเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย กิจกรรมเหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rachakai and Trinnowoottipong (2023) ที่พบว่าโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองสามารถเพิ่มความรู้และทักษะของกลุ่มเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การใช้สื่อที่มีลักษณะเป็นโมเดล หรือแบบรูปธรรม เช่น สมุดการ์ด หรือการสาธิต ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจเนื้อหาได้มากขึ้น ซึ่งสนับสนุนโดย ที่เน้นการใช้สื่อเหมาะสมกับความสามารถทางภาษาของกลุ่มเป้าหมาย แนวคิดองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ “health-literate organizations” เน้นการใช้ทักษะการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากร และการนำไปปรับใช้กับชีวิตประจำวัน (Nutbeam, 2025) การประเมินผลผ่านการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การประเมินโดยกลุ่มผู้นำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า กิจกรรมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน มีการพูดถึงการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ลดเค็ม ออกกำลังกาย และควบคุมความดันสม่ำเสมอ ซึ่งสะท้อนถึงการนำความรู้ไปใช้จริง นอกจากนี้ กระบวนการกลุ่มที่ใช้ระดมสมอง และการสนทนากลุ่มในงานวิจัยนี้ เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมแบบชุมชน (community participation) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของงานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและระบบบริการในระดับฐานราก ดังที่ระบุไว้ในการศึกษาของ Wallerstein et al. (2019) การมีส่วนร่วมจะช่วยสร้างพลังให้กับคนในชุมชนเข้ามาร่วมออกแบบกิจกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตและบริบททางสังคม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนและกระบวนการเสริมพลังอำนาจเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ การที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกำหนดปัญหาและออกแบบกิจกรรมทำให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วมและการยอมรับสูง ส่งผลให้ข้อมูลสุขภาพเชื่อมโยงกับบริบทจริงของชุมชนและง่ายต่อการนำไปใช้ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกิจกรรมที่สาธิตจริงช่วยเพิ่มความมั่นใจในการจัดการตนเอง นำไปสู่การปรับพฤติกรรม เช่น ลดเค็ม ออกกำลังกาย และตรวจความดันสม่ำเสมอ ขณะเดียวกัน อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัวทำหน้าที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยเสริมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทั้งด้านการเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูล นำไปสู่การลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในที่สุด

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน จากการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและภาคีในชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการ ตั้งแต่การร่วมวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบกิจกรรม การดำเนินงาน และการประเมินผล ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การเสริมพลังอำนาจยังช่วยเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการพึ่งพาตนเองในระยะยาว ส่งผลให้การป้องกันโรคและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงสามารถดำเนินต่อไปได้แม้สิ้นสุดโครงการวิจัยแล้ว

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ากับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อยกระดับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นสารสนเทศประกอบการกำหนดนโยบายส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน

Reference

- Aaby, A., Friis, K., Christensen, B., Rowlands, G., & Maindal, H. T. (2017). Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with long-term conditions. *European Journal of Preventive Cardiology, 24*(17), 1880–8. <https://doi.org/10.1177/2047487317729538>
- Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand. (2015). *Data coding manual for the assessment of health literacy and health behaviors to control and prevent complications of hypertension patients in model health service areas*. (in Thai)
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics, 5*(1), 1–4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
- Gibson, C. M. (1993). Empowerment theory and practice with adolescents of color in the child welfare system. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services, 74*(7), 387–96. <https://doi.org/10.1177/104438949307400701>
- Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J., & Parker, E. A. (Eds.). (2013). *Methods in community-based participatory research for health* (2nd ed.). Jossey-Bass.
- Jiraro, P. (2019). *Teaching material for the course: Health research (Instructional document)*. Research and Development Institute, Saint Theresa International University.
- Kaeodumkeong, K., & Thummakul, D. (2015). Health literacy promoting in aging population. *BCNON Health Science Research Journal, 9*(2), 1–8. (in Thai)
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization.

- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research, 26*(13), 1753–60. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Nilnate, N. (2019). Risk factors and prevention of stroke in patients with hypertension. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 20*(2), 51–7. (in Thai)
- Norseeda, W. & Chomnirat, W. (2019). Development stroke prevention guideline for uncontrolled hypertension patients in SAM Phrao Health Promoting hospital. *J Nurs Ther Care, 37*(4), 167–76. (in Thai)
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual review of public health, 42*, 159–73. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
- Nutbeam, D. (2025). Health literacy as a public health goal: 25 years on. *Health Promotion International, 40*(4), daaf119. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaf119>
- Rachakai, T. & Trinnawoottipong, K. (2023). Development of a stroke prevention model among hypertensive patients by professional nurses in sub-district health promoting hospitals in Kalasin province. *Journal of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen, 30*(1), 84–98. (in Thai)
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review. *BMC Public Health, 12*, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Suriya, M. (2023). Development of stroke risk group care system among hypertensive patients in the responsible area of Thakhantho Hospital, Kalasin province. *Research and Development Health System Journal, 16*(3), 141–55. (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2015). *2015 Thai guidelines on the treatment of hypertension in general practice (revised version of the 2011 edition)*. (in Thai)
- Wallerstein, N., Muhammad, M., Avila, M., Belone, L., Lucero, J., Noyes, E., ..., Duran, B. (2019). Power dynamics in community-based participatory research: A multi-case study analysis partnering contexts, histories, and practices. *Health Education & Behavior, 46*(Suppl 1), 19S–32S. <https://doi.org/10.1177/1090198119852998>
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. <https://iris.who.int/handle/10665/64546>
- World Health Organization. (2013). *Health systems in transition: Template for authors*. World Health Organization, Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/185804>
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19): Advice for the public*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
- World Health Organization. (2024, August 5). *Health literacy*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 ในสถานบริการปฐมภูมิ

พัฒนา เศรษฐวัชรวานิช* วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ** ณัฐพัชร์ กองแป้น***

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคไตเรื้อรังต้องการการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค การรับรู้ที่ถูกต้องของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในการชะลอไตเสื่อม

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ในสถานบริการปฐมภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 จำนวน 136 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลด้านปัจจัยนำ 3) ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ 4) ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม และ 5) ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย : พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร ได้แก่ ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=.29, p<.01$) โดยปัจจัยนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 26 ($R^2=0.26, F=5.25, p<.01$) ในขณะที่ปัจจัยนำไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

สรุปผล : ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต้นมากกว่าปัจจัยนำด้านความรู้ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพควรปรับเปลี่ยนกลยุทธ์จากการมุ่งเน้นการให้สุศึกษาเพียงอย่างเดียวไปสู่การสร้างกลไกเสริมสร้างปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการสร้างคามเข้มแข็งผ่านเครือข่ายครอบครัวและบุคลากรสุขภาพในชุมชน เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ การชะลอความเสื่อมของไต โรคไตเรื้อรัง

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเลน จังหวัดนนทบุรี

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ : วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ, E-mail: wadeerat@bcnnon.ac.th

Predicting Health Behaviors for Delaying the Progression of Chronic Kidney Disease Stages 2–3 at Primary Care Services

Pattana Sattawatcharawanij^{*} Wadeerat Sriwongwan^{**} Nattaphat Kongpan^{***}

Abstract

Background: Chronic kidney disease (CKD) requires continuous self-care to slow the progression of renal deterioration. Patients' accurate perception and understanding of the disease are crucial for adopting effective health behaviors that delay kidney function decline.

Objectives: To identify predictive factors of health behaviors for slowing kidney deterioration among patients with stage 2–3 chronic kidney disease in primary care settings.

Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted among 136 patients diagnosed with stage 2–3 CKD. Data were collected using five instruments: (1) personal information, (2) predisposing factors, (3) enabling factors, (4) reinforcing factors, and (5) health behavior questionnaires. Descriptive statistics were used to analyze general information, while multiple linear regression analysis was used to identify predictive factors of health behavior.

Results: Access to health services and resources, classified as enabling factors, was the only significant predictor of health behavior ($\beta=.29$, $p<.01$). This factor accounted for 26% of the variance in health behavior ($R^2=0.26$, $F=5.25$, $p<.01$). Predisposing factors were not significantly associated with health behavior.

Conclusion: Enabling and reinforcing factors, particularly those related to the social environment, have a greater influence on health behaviors among early-stage CKD patients than predisposing factors such as knowledge. Therefore, health promotion strategies should shift from focusing solely on health education to developing systematic mechanisms that strengthen enabling and reinforcing factors, emphasizing family and community health networks to sustainably support patients in adopting and maintaining healthy behaviors.

Keywords: Health behavior, kidney deterioration, chronic kidney disease

^{*} Faculty of Nursing, Shinawatra University

^{**} Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^{***} Bang Len Subdistrict Health Promoting Hospital, Nonthaburi Province

Corresponding Author: Wadeerat Sriwongwan, E-mail: wadeerat@bcnnon.ac.th

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลกและประเทศไทย ซึ่งโรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อประชากรโลกประมาณ ร้อยละ 9 (GBD Chronic Kidney Disease Collaboration, 2020) และส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตปีละ 5-10 ล้านคน (Xie et al., 2018) จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะยังคงเพิ่มขึ้นต่อไปเนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคอ้วน โรคไตเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นรวมทั้งจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โรคไตเรื้อรังทำให้การจัดการภาวะเรื้อรังและการติดเชื้อเฉียบพลันมีความซับซ้อนมากขึ้น ประชากรที่มีทรัพยากรจำกัดจะมีความเสี่ยงสูงสุด (Eckardt et al., 2023) ปัจจุบันนี้โรคไตเรื้อรังยังคงเป็นสาเหตุอันดับต้นของการเสียชีวิตทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2024) และจากการคาดประมาณภายในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ต้องการบำบัดทดแทนไตร้อยละ 70 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนี้ยังมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1.2 ล้านคนต่อปีที่มีสาเหตุมาจากโรคไตเรื้อรัง (GBD 2015, Mortality and Causes of Death Collaborators, 2016)

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ไตสูญเสียหน้าที่ทำงานติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน (Subcommittee for the Prevention of Chronic Kidney Disease, The Nephrology Society of Thailand, 2022) แบ่งออกเป็น 5 ระยะ โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 เป็นระยะที่ไม่มีอาการและอาการแสดงที่ชัดเจน แต่เมื่อไตเสียหายที่มากขึ้น ทำให้การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่ 4-5 จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ เช่น ภาวะเสียสมดุลน้ำ เกลือแร่ และกรดต่าง ภาวะของเสียคั่งในร่างกาย ภาวะโลหิตจาง เป็นต้น ซึ่งรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และในระยะสุดท้ายรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต แต่ถึงกระนั้นยังพบอุบัติการณ์ของผลกระทบจากการบำบัดทดแทนไต เช่น ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Marthoenis et al., 2020) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (Phetsri & Yodchai, 2023)

พฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตเป็นการปฏิบัติหรือการกระทำของบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานของไตและช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินของโรคไตเรื้อรังให้เป็นไปอย่างช้าที่สุด ประกอบด้วย การรับประทานอาหารให้ได้พลังงานที่เพียงพอ การบริโภคโปรตีนคุณภาพสูงในปริมาณที่เหมาะสม การควบคุมโซเดียมในอาหาร การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโพแทสเซียมและฟอสเฟตสูง การออกกำลังกายและควบคุมน้ำหนักตัว การหลีกเลี่ยงยาหรือสารที่ทำลายไต การจำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ตลอดจนการรับประทายตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อควบคุมโรคที่เป็นสาเหตุทำให้ไตเสื่อม (de Boer et al., 2020) หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะช่วยให้สามารถควบคุมสาเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมและช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินของโรคไตเรื้อรังได้ยาวนานยิ่งขึ้น (Hinkao et al., 2019)

ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตจำเป็นต้องเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework โดย Green and Kreuter (2005) มีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) แบ่งเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ซึ่งเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมและแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมหากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการรับรู้ที่ถูกต้องจะเป็นตัวกำหนดให้มีพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดความเข้าใจและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Yoomuang & Suphannakul, 2023) อีกทั้งการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในระดับต่ำจะทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความร่วมมือในการรักษา รวมไปถึงการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไตตามคำแนะนำของ

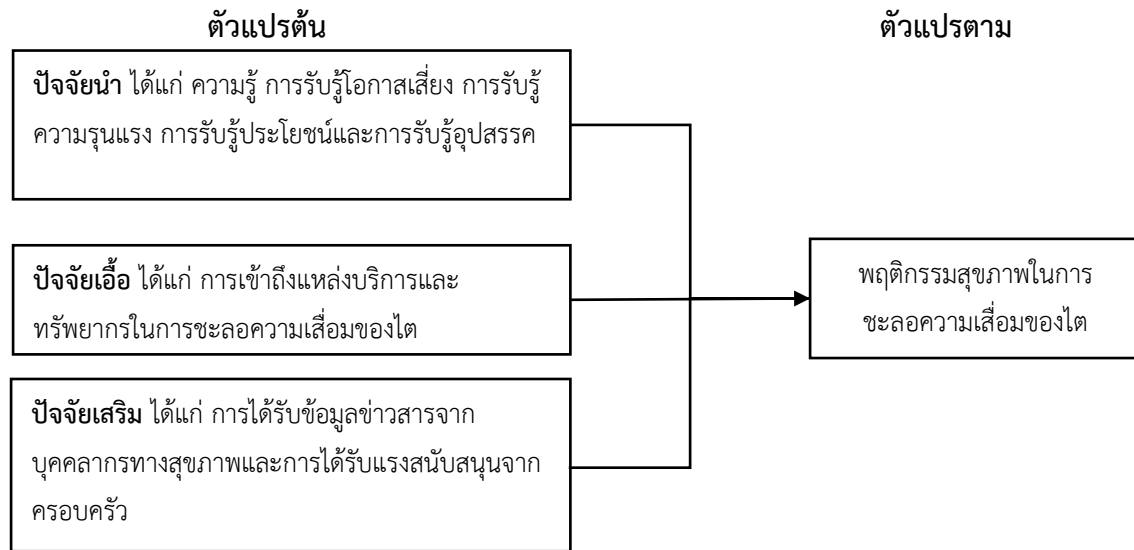
บุคลากรสุขภาพ (Marthoenis et al., 2020) นอกจากนี้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และภาวะแทรกซ้อนของโรคจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงโอกาสเสี่ยงดังกล่าว (Peikani et al., 2018) 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยภายนอก ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ ความพร้อมของเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วยดูแลตนเอง และการเข้าถึงบริการในระดับปฐมภูมิ และ 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน การได้รับความรู้หรือแรงจูงใจจากบุคลากรทางสุขภาพ แบบจำลองนี้สามารถนำไปค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Tsai et al., 2021) ดังนั้นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยลดการเสียชีวิตซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักถูกวินิจฉัยล่าช้า เนื่องจากไม่มีอาการในระยะเริ่มต้น ทำให้พลาดโอกาสสำคัญในการชะลอความเสื่อมของไตและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะไตเฉียบพลันซ้ำเติม (National Kidney Foundation, 2015) การศึกษารุ่นนี้ได้เล็งเห็นความสำคัญในการค้นหาปัจจัยทำนายภายใต้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework ปัจจัยหลักที่มุ่งเน้น ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม การทำนายพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้นจึงเป็นกุญแจสำคัญในการลดอัตราการเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย และช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ประกอบด้วยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตโดยรวมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ที่มารับบริการในสถานบริการปฐมภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework โดย Green and Kreuter (2005) เป็นเครื่องมือสำคัญในการวิเคราะห์และวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการทำความเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในบริบทของการชะลอภาวะไตเสื่อมสามารถจำแนกปัจจัยหลักออกเป็น 3 กลุ่มประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการชะลอความเสื่อมของไตและปัจจัยเสริม ได้แก่การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสุขภาพและการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว กรอบแนวคิดนี้สามารถนำไปค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองในชะลอความเสื่อมของไตในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เพื่อการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 ในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนนทบุรี ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 – กรกฎาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ในสถานบริการปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 โดยระยะที่ 2 ตรวจพบค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) 60 ถึง 89 มิลลิลิตร/นาที/1.73เมตร² และระยะที่ 3 ตรวจพบค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) 30 ถึง 59 มิลลิลิตร/นาที/1.73เมตร² ซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรัง ≥ 3 เดือนที่มารับบริการตรวจตามนัดที่สถานบริการปฐมภูมิ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ระดับ .05 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of analysis) เท่ากับ .90 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .13 ซึ่งจัดเป็นขนาดอิทธิพลระดับกลาง (Medium effect size) สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) (Ellis, 2010; Cohen, 1988) โดยพิจารณาตัวแปรต้นทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการขั้นต่ำเท่ากับ จำนวน 114 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูลและการไม่ตอบกลับ (non-response/attrition) ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 137 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนที่กำหนด และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจริงในครั้งนี้ จำนวน 136 ราย โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรีซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 เพียงพอต่อการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพศหญิงและเพศชายที่มารับบริการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 2) ตรวจพบค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) 30 ถึง 89 มิลลิลิตร/นาที/1.73เมตร² และ 3) ได้รับการตรวจ

วินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรัง ≥ 3 เดือนที่มารับบริการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ดังกล่าวจนครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จำนวน 136 ราย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ยของอัตราการกรองของไต (eGFR) สิทธิการรักษา การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยนำ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไต มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบถูก ผิด จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล คะแนนสูงสุด 15 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน กำหนดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) โดยค่าคะแนนที่น้อยกว่าร้อยละ 60.00 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 60.00–79.00 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 80.00 ขึ้นไป หมายถึงความรู้ในระดับมาก

2) แบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยค่าคะแนน 5–11 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับต่ำ 12–18 คะแนน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง และ 19–25 คะแนน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง

3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ โดยค่าคะแนน 5–11 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับต่ำ 12–18 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง และ 19–25 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง

4) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ โดยค่าคะแนน 5–11 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ 12–18 คะแนน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และ 19–25 คะแนน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง

5) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 5 ข้อ โดยค่าคะแนน 5–11 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ 12–18 คะแนน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และ 19–25 คะแนน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย แบบสอบถามด้านการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะของข้อคำถามเป็นลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย จำนวน 5 ข้อ โดยค่าคะแนน 5–11 หมายถึง การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง อยู่ในระดับต่ำ 12–18 คะแนน การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการปฏิบัติพฤติกรรม

สุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง และ 19–25 คะแนน การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรังอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยเสริม ประกอบด้วย 1) การได้รับข้อมูลข่าวสารจาก บุคคลากรทางสุขภาพ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย จำนวน 5 ข้อ โดยค่าคะแนน 5–11 หมายถึงการ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลากรทางสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ 12–18 คะแนน การได้รับข้อมูลข่าวสารจาก บุคคลากรทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และ 19–25 คะแนน การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลากรทาง สุขภาพ อยู่ในระดับสูง 2) การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดของลิ เคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย จำนวน 5 ข้อ โดยค่าคะแนน 5–11 คะแนน หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ 12–18 คะแนน การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และ 19–25 คะแนน การได้รับแรงสนับสนุนจาก ครอบครัวอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการใช้ยา และด้านการจัดการกับความเครียด ลักษณะ ของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย มีจำนวน 15 ข้อ ด้านละ 3 ข้อ โดยค่าคะแนน 15–34 หมายถึง พฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรังในการชะลอความเสื่อมของไตอยู่ในระดับน้อย 35–54 คะแนน พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยไตเรื้อรังในการชะลอความเสื่อมของไตอยู่ในระดับปานกลาง และ 55–75 คะแนน พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยไตเรื้อรังในการชะลอความเสื่อมของไต อยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามและได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามทั้งด้านความตรงเชิง เนื้อหาและความเที่ยง ดังนี้ 1) ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และนิยามเชิงปฏิบัติการ พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ของทุกองค์ประกอบมีค่า เท่ากับ 1.0 และ 2) ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยได้ นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแยกการวิเคราะห์ตามลักษณะของเครื่องมือ แบบสอบถาม ด้านปัจจัยนำความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไต นำวิเคราะห์ความเชื่อมั่นใช้สูตร ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .66 และแบบสอบถามด้าน ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไต เรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้านปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการชะลอความเสื่อมของไต ด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลากรทางสุขภาพและการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพ ในการชะลอความเสื่อมของไต โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านมากกว่า .60

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 28/2567 รับรองวันที่ 8 สิงหาคม 2567

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี 2) ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนรับทราบเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม 3) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ระหว่างรอรับการตรวจจากแพทย์ และ 4) เก็บรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ยของอัตราการกรองของไต (eGFR) สิทธิการรักษา และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนาย โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression) แบบคัดเลือกเข้าข้อมูลทั้งหมดผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติอย่างครบถ้วน การแจกแจงปกติ ความเป็นเส้นตรง การไม่สัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระ ($VIF \leq 10$) ผลการวิเคราะห์จะรายงานค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R^2) และสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (β) เพื่อระบุอำนาจการทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.10 มีอายุเฉลี่ย 67.61 ปี (Max=88, Min=30, SD=10.19) มีน้ำหนักเฉลี่ย 63.64 กิโลกรัม (Max =98, Min =33, SD=12.72) และส่วนสูงเฉลี่ย 158.00 เซนติเมตร (Max=179, Min=139, SD=8.41) มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 78.70 รองลงมา คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 54.40 และร้อยละ 37.50 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 7.78 ปี (Max=30, Min=1, SD=7.40) และระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคเบาหวาน 3.49 ปี (Max=33, Min=1, SD=6.11) และมีค่าเฉลี่ยของอัตราการกรองของไต (eGFR) 68.19 โดยส่วนใหญ่อัตราการกรองอยู่ระหว่าง 60-90 (ระยะที่ 2) ร้อยละ 69.90 และ 30-59 (ระยะที่ 3) ร้อยละ 30.1 รวมทั้งส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 97.8 และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 76.50

2. ตัวแปรที่ศึกษา

พฤติกรรมด้านสุขภาพ พบว่า ภาพรวมของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 45.57 คะแนน (SD=6.88) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไต อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 12.64 คะแนน (SD=2.04) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 21.86 คะแนน (SD=2.48) การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 21.30 คะแนน (SD=2.77) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง มี

ค่าเฉลี่ย 20.44 คะแนน (SD=2.76) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 17.04 คะแนน (SD=4.48) การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 15.61 คะแนน (SD=3.36) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสุขภาพ อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 19.88 คะแนน (SD=4.54) และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 17.74 คะแนน (SD=5.89) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พิสัยที่เป็นไปได้ พิสัยที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปร ที่ศึกษา (n=136)

ตัวแปร	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
พฤติกรรมด้านสุขภาพ	15-75	32-67	45.57	6.88	ปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	0-15	6-15	12.64	2.04	สูง
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง	5-25	15-25	21.86	2.48	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง	5-25	13-25	21.30	2.77	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ	5-25	13-25	20.44	2.76	สูง
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ	5-25	5-25	17.04	4.48	ปานกลาง
การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร	5-25	9-25	15.61	3.36	ปานกลาง
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสุขภาพ	5-25	5-25	19.88	4.54	สูง
การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว	5-25	5-25	17.74	5.89	ปานกลาง

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.38, p<.05, r=.30, p<.05; r=.33, p<.05$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพไม่มีกับพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.11, p=.21; r=.03, p=.70; r=.10, p=.90; r=.16, p=.07; r=.11, p=.17$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 (n=136)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	1								
2. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง	.12	1							
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง	.06	.44*	1						
4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	.18	.49*	.51*	1					
5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	.49	.23*	.15	.48*	1				

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร	.27*	.11	.13	.14	.19	1			
7. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสุขภาพ	.05	.28	.13	.04	.08	.31*	1		
8. การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว	.09	.06	.82	.16	.15	.28*	.40*	1	
9. พฤติกรรมสุขภาพ	.11	.03	.10	.16	.11	.38*	.30*	.33*	1

*p<.05

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 พบว่าการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร ($\beta=.29, p<.01$) สามารถทำนายพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรที่ศึกษาสามารถร่วมทำนายทำนายพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ได้ร้อยละ 26 ($R^2=0.26, F=5.25, p<.01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตภาพรวมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 (n=136)

ปัจจัย	b	SE _b	β	t	p
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	.03	.23	.01	.11	.910
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง	-.40	.27	-.14	-1.51	.134
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง	-.22	.24	-.09	-.94	.350
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ	.31	.29	.12	1.08	.281
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ	.18	.14	.12	1.27	.208
การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร	.61	.19	.29	3.30	.001*
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสุขภาพ	.26	.14	.17	1.87	.065
การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว	.18	.10	.15	1.70	.092

R=.51, $R^2=.26, SE_{est}=6.16, F=5.25, * p<.01$

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 พบว่า มีเพียงการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อ เท่านั้นที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=.29, p<.01$) โดยปัจจัยนี้มีความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพรวมกันได้สูงถึงร้อยละ 26 ($R^2=0.26, F=5.25, p<.01$) ผลการวิจัยแสดงว่าการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากร คือ กลไกสำคัญที่แปลงความตั้งใจของผู้ป่วยให้กลายเป็นการปฏิบัติจริง โดยมีอำนาจในการทำนายสูงที่สุด การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในบริบทของสถานบริการปฐมภูมิ หมายถึง การเข้าถึงคลินิกโรคเรื้อรังได้อย่างสะดวก การได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วยดูแลตนเอง เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต และการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าใจง่าย เมื่อผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการเหล่านี้ได้อย่างสะดวกและไม่ยุ่งยาก จะสามารถจัดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Vorapo (2020) พบว่าการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Hwang et al. (2020) พบว่าอุปสรรคสำคัญที่บั่นทอนการ

จัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ “การขาดทรัพยากรและการสนับสนุนที่เป็นระบบ” เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าการจัดการโรคมียากและมีอุปสรรคด้านทรัพยากร การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว (Perceived Benefits) จะถูกบั่นทอนลง ดังนั้นการเพิ่มการเข้าถึงแหล่งบริการจึงเป็นการแก้ปัญหาที่ต้นตอของอุปสรรคในพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไต ดังนั้นปัจจัยเอื้อมีบทบาทสำคัญที่สุดในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องอาศัย การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) เป็นการดูแลครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ปัจจัยที่สำคัญของความสำเร็จจึงอยู่ที่ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการชะลอความเสื่อมของไตที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเป็นสิ่งที่กำหนดว่าผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ซับซ้อนได้มากน้อยเพียงใด (Schrauben et al., 2022) ดังนั้นการให้ความสำคัญกับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยเอื้อจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มโอกาสในการดูแลตนเองในการชะลอความเสื่อมของไตได้ดีขึ้น จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติ (Enabling environment) นั้นมีอิทธิพลเหนือกว่าความรู้ส่วนบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 (ค่า p ของตัวแปรอยู่ระหว่าง 0.134 ถึง 0.910) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai et al. (2021) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังบางกลุ่มจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคสูง แต่พฤติกรรมดูแลตนเองกลับอยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง และการศึกษาของ Yoomuang and Suphannakul (2023) พบว่าการให้ความรู้เชิงเดียวไม่เพียงพอต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ซึ่งการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับการปฏิบัติตัว การให้ข้อมูลข่าวสาร ($p=.065$) และแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($p=.092$) แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ชัดเจนว่าการให้ข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพและแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มความรู้และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอไตเสื่อมได้ เมื่อพิจารณาบริบททางสังคมรอบตัวผู้ป่วย โดยการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสุขภาพ ($p=.065$) ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ พยาบาล หรือนักโภชนาการจะมีอิทธิพลมากที่สุดในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การให้ข้อมูลที่เข้าใจง่าย และการสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและมีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นการลดช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ (Knowledge-practice gap) ได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Moktan et al. (2019) พบว่าการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นกลยุทธ์ที่มีประโยชน์ในการเพิ่มพูนความรู้ ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) และพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Predialysis CKD) บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจ และฝึกฝนผู้ป่วยในการจัดการตนเองซึ่งการให้ความรู้เชิงปฏิบัติ (Practical knowledge) และการใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($p=.092$) มีบทบาทสำคัญในการเป็นแรงเสริมทางจิตใจให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น การเตรียมอาหาร การจำกัดน้ำ หรือการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด การมีครอบครัวที่เข้าใจและคอยช่วยเหลือจะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความเครียด และเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Luyckx et al. (2018) ชี้ให้เห็นว่าการขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัว เป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตตามคำแนะนำทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การมีเครือข่าย

สังคมที่เข้มแข็งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความท้าทายต่าง ๆ ในการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น (Noviana & Zahra, 2021) จึงเห็นได้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยนำ ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าความรู้และการรับรู้ไม่เท่ากับการปฏิบัติ ผู้ป่วยอาจมีความรู้ว่าการจำกัดโซเดียมเป็นสิ่งที่ดี แต่การนำไปปฏิบัติจริงนั้นต้องอาศัยปัจจัยอื่น ๆ มาสนับสนุน เช่น ทักษะการทำอาหารที่เหมาะสม การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Wint et al. (2023) พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในบุคคลที่เป็นโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยทางสังคมมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติมากกว่าการรับรู้ส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวทำหน้าที่เป็นตัวกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเอาชนะอุปสรรคและนำความรู้ที่มีไปสู่การปฏิบัติได้จริง

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-3 ในชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะเริ่มต้นของโรค ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้ลุกลามไปสู่ระยะที่รุนแรง จากกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED framework พบว่า ปัจจัยเอื้อ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และสนับสนุนให้เกิดการตรวจคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง และปัจจัยเสริม การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังจากบุคลากรสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยภายนอกที่เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมรอบตัวผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมของไตมากกว่าปัจจัยภายใน ดังนั้นกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED framework ยังคงเป็นแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต้น การป้องกันไม่ให้โรคดำเนินไปสู่ระยะสุดท้าย จึงต้องอาศัยการเสริมสร้างปัจจัยเอื้อให้แข็งแกร่งอย่างเป็นระบบ และปัจจัยเสริมผ่านครอบครัวและบุคลากรสุขภาพในระดับชุมชนเนื่องจากปัจจัยนำไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมในการชะลอความเสื่อมของไต ดังนั้นการปรับเปลี่ยนกลวิธีการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไปสู่การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติ จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การจัดการโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตนได้ บุคลากรทางสุขภาพต้องพิจารณาถึงบริบททางสังคมรอบตัวผู้ป่วยด้วย โดยการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสุขภาพมีอิทธิพลมากที่สุดในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การให้ข้อมูลที่เข้าใจง่าย และการสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและมีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเชิงคุณภาพแบบเจาะลึก ควรมีการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการจัดกลุ่มสนทนา (Focus group) กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อสำรวจทัศนคติ ความเชื่อ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะไตเสื่อม

2. การวิจัยเชิงทดลอง ควรมีการออกแบบการวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไตเสื่อม

3. การวิจัยติดตามระยะยาว การศึกษาในอนาคตควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นมีความยั่งยืนเพียงใด

Reference

- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and somative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- de Boer, I. H., Caramori, M. L., Chan, J. C. N., Heerspink, H. J. L., Hurst, C., Khunti, K., Liew, A., Michos, E. D., Navaneethan, S. D., Olowu, W. A., Sadusky, T., Tandon, N., Tuttle, K. R., Wanner, C., Wilkens, K. G., Zoungas, S., Lytvyn, L., Craig, J. C., Tunnicliffe, D. J., ... Rossing, P. (2020). Executive summary of the 2020 KDIGO diabetes management in CKD guideline: Evidence-based advances in monitoring and treatment. *Kidney International*, *98*(4), 839–48. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.06.024>
- Eckardt, K. U., Delgado, C., Heerspink, H. J. L., Pecoits-Filho, R., Ricardo, A. C., Stengel, B., Tonelli, M., Cheung, M., Jadoul, M., Winkelmayer, W. C., & Kramer, H. (2023). Trends and perspectives for improving quality of chronic kidney disease care: Conclusions from a kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO) controversies conference. *Kidney International*, *104*(5), 888–903. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.05.013>
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- GBD 2015, Mortality and Causes of Death Collaborators. (2016). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, *388*(10053), 1459–544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31012-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31012-1)
- GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2017. *The Lancet*, *395*(10225), 709–33. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32977-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32977-0)
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. McGraw-Hill.
- Hinkao, C., Hanprasitkham, K., & Jiarawitkij, S. (2019). The effect of a self-management program combined with motivational interviewing to slow the progression of diabetic kidney disease on self-management behaviors and clinical outcomes in patients with type 2 diabetes and stage 3 chronic kidney disease. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, *30*(2), 185–202.

- Hwang, S. J., Tan, N. C., Yoon, S., Ramakrishnan, C., Paulpandi, M., Gun, S., Lee, J. Y., Chang, Z. Y., & Jafar, T. H. (2020). Perceived barriers and facilitators to chronic kidney disease care among patients in Singapore: A qualitative study. *BMJ Open*, *10*(10), e041788. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041788>
- Luyckx, V. A., Tonelli, M., & Stanifer, J. W. (2018). The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. *Bulletin of the World Health Organization*, *96*(6), 414–22. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.206441>
- Marthoenis, M., Syukri, M., Abdullah, A., Tandil, T. M. R., Putra, N., Laura, H., Setiawan, A., & Sofyan, H. (2020). Quality of life, depression, and anxiety of patients undergoing hemodialysis: Significant role of acceptance of the illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *56*(1), 40–50. <https://doi.org/10.1177/0091217420913382>
- Moktan, S., Leelacharas, S., & Prapaipanich, W. (2019). Knowledge, self-efficacy, self-management behavior of the patients with predialysis chronic kidney disease. *Rama Medical Journal*, *42*(2), 38–4.
- National Kidney Foundation. (2015). *Global facts: About kidney disease*. <https://www.kidney.org/global-facts-about-kidney-disease>
- Noviana, C. M., & Zahra, A. N. (2021). Social support and self-management among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis in Indonesia. *Journal of Public Health Research*, *11*(2), 2733. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2733>
- Peikani, F. A., Shahgholian, N., & Kazemi, A. (2018). The effect of health-belief-model-based training on behaviors preventing peritonitis in patients on peritoneal dialysis. *International Journal of Preventive Medicine*, *9*(1), 72. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_566_17
- Phetsri, K., & Yodchai, K. (2023). Factors related to quality of life in patients with end-stage kidney disease. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, *43*(1), 105–17.
- Schrauben, S. J., Rivera, E., Bocage, C., Eriksen, W., Amaral, S., Dember, L. M., Feldman, H. I., & Barg, F. K. (2022). A qualitative study of facilitators and barriers to self-management of CKD. *Kidney International Reports*, *7*(1), 46–55. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2021.10.021>
- Subcommittee for the Prevention of Chronic Kidney Disease, The Nephrology Society of Thailand. (2022). *Clinical practice recommendation for the evaluation and management of chronic kidney disease in adults 2022* (Revised ed.). Srimuang Karn Pim.
- Tsai, Y. C., Wang, S. L., Tsai, H. J., Chen, T. H., Kung, L. F., Hsiao, P. N., Hsiao, S. M., Hwang, S. J., Chen, H. C., & Chiu, Y. W. (2021). The interaction between self-care behavior and disease knowledge on the decline in renal function in chronic kidney disease. *Scientific Reports*, *11*(1), 401. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-79873-z>
- Vorapo, N. (2020). *Factors predicting self-care behavior for preventing renal complications in diabetes mellitus patients*. [Unpublished master's thesis]. Burapha University.

- Wint, Y. Z., Lininger, J., & Leelacharas, S. (2023). Related factors with self-management behaviors among patients with predialysis chronic kidney disease: A multicenter study in Myanmar. *Makara Journal of Health Research*, 27(1), 108–17.
<https://doi.org/10.7454/mjhr.v27i1.13961>
- World Health Organization. (2024, August 7). *The top 10 causes of death*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Xie, Y., Bowe, B., Mokdad, A. H., Xian, H., Yan, Y., Li, T., Maddukuri, G., Tsai, C. Y., Floyd, T., & Al-Aly, Z. (2018). Analysis of the Global Burden of Disease study highlights the global, regional, and national trends of chronic kidney disease epidemiology from 1990 to 2016. *Kidney International*, 94(3), 567–81. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2018.04.011>
- Yoomuang, P., & Suphannakul, P. (2023). Factors predicting self-management behaviors among patients with chronic kidney disease stage 3 in Suphanburi province, Thailand. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 23(1), 272–8.
<https://doi.org/10.37268/mjphm/vol.23/no.1/art.1925>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

ประเสริฐ ประกายรุ่งทอง* ธีรนุช ชละเอม** สุรพงษ์ โพธิ์แก้ว*
ธนภัทร ประกายรุ่งทอง*** แสงเดือน แสงสระศรี*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษา แต่ยังมีจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย : รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 374 ราย ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบโควตา เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย : พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.4 สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุและดัชนีมวลกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมไม่ได้ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดี แสดงว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม มีการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ และเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล : ค่าดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการบริโภค การใช้ยาสม่ำเสมอ และการเข้าถึงบริการสุขภาพสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต ควรเน้นพัฒนาการปรับพฤติกรรมและระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ปัจจัย การควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

* โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ธีรนุช ชละเอม, E-mail: teeranuch6303@gmail.com

Factors Associated with Blood Pressure Control among Hypertensive Patients in Mueang District, Nonthaburi Province

Prasert Prakairungtong* Teeranuch Chala-em** Suraphong Phokaew*
Tanapat Prakairungtong*** Saengduan Sangsarsi*

Abstract

Background: Hypertension is a major public health problem in Thailand. Although most patients receive treatment, a considerable number still fail to achieve adequate blood pressure control.

Objectives: To investigate factors associated with blood pressure control among patients with hypertension.

Methods: This descriptive cross-sectional study included 374 registered hypertensive patients selected by quota sampling. Data were collected using a structured questionnaire on factors affecting blood pressure control. Descriptive statistics and Spearman's rank correlation were used for data analysis.

Results: The study found that 60.4% of hypertensive patients were able to control their blood pressure. Personal factors, such as age and body mass index (BMI), showed significant differences between individuals who could and could not control their blood pressure ($p < 0.05$). Factors significantly associated with blood pressure control included inappropriate dietary behaviors, medication adherence, and access to health services. Patients with healthy behaviors, regular medication use, and better access to quality healthcare were significantly more likely to achieve good blood pressure control.

Conclusion: Body mass index, dietary behavior, medication adherence, and access to health services are significantly associated with blood pressure control. Continuous behavioral modification and improvement of healthcare systems should be emphasized to enhance outcomes in hypertension management.

Keywords: Factors, blood pressure control, hypertensive patients

* Pranangkla Hospital, Nonthaburi Province

** Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*** Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University

Corresponding Author: Teeranuch Chala-em, Email: teeranuch6303@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้บ่อยขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจมีภาวะดังกล่าวมานานหลายปีโดยไม่แสดงอาการ แต่สามารถสร้างความเสียหายต่อหลอดเลือดและหัวใจได้ ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย โดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่ที่มีผู้คนอาศัยอยู่กันอย่างหนาแน่น มีภาวะการดำรงชีพที่มีการแข่งขันสูง มีสิ่งแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพและการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขอนามัย (Whelton et al., 2018) ในรอบสามทศวรรษที่ผ่านมา ผู้ป่วยที่มีอายุ 30-79 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากประมาณ 650 ล้านคนเป็นจำนวนกว่า 1.28 พันล้านคน โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางพบการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สาเหตุหลักมาจากการขยายตัวของประชากรและการมีอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น (World Health Organization [WHO], 2021) องค์การอนามัยโลกรายงานว่าร้อยละ 46 ของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่รู้ตัวว่าตนเองป่วย ได้รับการวินิจฉัยและรักษาเพียงร้อยละ 42 และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพียงร้อยละ 21 (Ministry of Public Health, 2020; WHO, 2025) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.4 (เพศชายร้อยละ 26.7 และเพศหญิงร้อยละ 24.2) โดยผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี, 70-79 ปี และตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 55.0, 67.2 และ 76.8 ตามลำดับ ในจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 57 ในเพศชายและร้อยละ 40.5 ในเพศหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้พบร้อยละ 22 ในเพศชายและร้อยละ 28.1 ในเพศหญิง (Health Systems Research Institute, 2021) จะเห็นได้ว่าปัญหาหลักของการรักษาคือผู้ป่วยไม่ตระหนักว่าป่วยและยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงตามเกณฑ์ได้ (Thai Hypertension Society, 2024)

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี นั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ จากข้อมูลผู้ป่วยสะสมรายเดิกระหว่างปี พ.ศ. 2561-2565 พบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนผู้ป่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.8, 25.5, 26.4, 27.3 และ 28.0 ตามลำดับ โดยมีอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2565 เท่ากับ 904.4, 952.7, 827.6, 1,014.1 และ 806.5 ต่อประชากรแสนคน โรคความดันโลหิตสูงไม่แสดงอาการชัดเจนในระยะเริ่มแรก แต่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่ออวัยวะหลายระบบ สาเหตุมาจากการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที (Saxena et al., 2018) การวินิจฉัยดูจากระดับความดันโลหิตซิสโตลิกที่มีค่าสูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic) สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (Thai Hypertension Society, 2024) หากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง มักเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ โดยพบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 1.7 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบสูงสุดคือภาวะแทรกซ้อนทางระบบหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 51 รองลงมาเป็นภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 40.4 (Samdaengsarn et al., 2019) มีรายงานว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้มากกว่าคนปกติ 2.58 เท่า (United Nations Thailand, 2020) และหากระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic) เพิ่มขึ้น 10 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 5 มิลลิเมตรปรอท จะเพิ่มโอกาสเกิดโรคไตวายเรื้อรัง 1.37 และ 1.19 เท่า ตามลำดับ (Staplin et al., 2022) นอกจากส่งผลต่อสุขภาพกาย ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต โดยการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น (Shahimi et al., 2022) รวมถึงภาระด้านค่าใช้จ่ายการรักษา โดยผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) มีค่ารักษาพยาบาลโดยตรงในปีแรกและปีที่สองเฉลี่ยเท่ากับ 120,298 และ 25,722 บาท ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาในปีแรกและ

ปีที่สองเฉลี่ยเท่ากับ 3,215 และ 4,650 บาทต่อเดือน และค่าการเสียโอกาสในการทำงานปีแรกเฉลี่ยเท่ากับ 30,477 บาท (Anukoolsawat et al., 2006)

เป้าหมายการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ตามรายงานฉบับที่ 8 ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติด้านการป้องกัน การค้นหา การประเมินผลและการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกา the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 8) ระบุว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีให้เริ่มรักษาด้วยยาเมื่อระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยมีเป้าหมายควรต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ให้เริ่มรักษาเมื่อระดับความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท โดยมีเป้าหมายควรต่ำกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท (Oliveros et al., 2020) แนวทางการรักษาใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการใช้ยารักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การจำกัดโซเดียมในอาหาร รับประทานตามแนวทางการกินเพื่อลดและควบคุมความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension: DASH diet) การจัดการความเครียด การลดน้ำหนัก งดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการพบแพทย์ตามนัด สำหรับการใช้จ่ายจะพิจารณาเริ่มใช้ทันทีในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำควรเริ่มให้ยาหากระดับความดันโลหิตยังคงสูงหลังให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างน้อย 1 เดือน (Whelton et al., 2018) ซึ่งปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตคือความร่วมมือในการรักษาโดยการรับประทานอย่างต่อเนื่องและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม (Hanjaroenpipat, 2020) องค์การอนามัยโลกกล่าวว่าความร่วมมือในการรักษาเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งการใช้ยาตามแผนและการปฏิบัติตามคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยต้องเกิดจากความตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ (Samdaengsarn et al., 2019) แต่การศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 61.0 (Wangworatrakul et al., 2017) การกินยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hanjaroenpipat, 2020)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีประสิทธิภาพต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ตามข้อเสนอแนะของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้แก่ การลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน การปรับรูปแบบการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การกำจัดเกลือและโซเดียม การเพิ่มกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายแบบแอโรบิก และการจำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Thai Hypertension Society, 2024) การศึกษาเชิงทดลองของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม Behavioral stage-matched intervention เป็นเวลา 6 เดือนและติดตามผลอีก 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตนาน 12 เดือนได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม 1.84 เท่า และระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 2.80 มิลลิเมตรปรอท (Rodriguez et al., 2021)

นอกจากปัจจัยความร่วมมือในการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่อาจส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแล้ว ยังมีปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่อาจส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นกระบวนการที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายทางสังคมที่ อาจทำให้มีสุขภาพกายและจิตที่ดีขึ้น (Siripitthayakunkit, 2019) การศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย (Nawsuwan et al., 2016) และความร่วมมือในการรักษา (Samdaengsarn et al., 2019)

ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นตัวชี้วัดสำคัญของการดำเนินงานระบบสุขภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ที่ระบุว่าประชาชนทุกคนมีสิทธิรับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างเท่าเทียมกัน (Office of the constitutional court, 2006) การศึกษาพบว่าการเข้าถึงระบบบริการ

สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับความดันโลหิต (Hanjaroenpipat, 2020) นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเศรษฐกิจอาจส่งผล โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอเหลือเก็บสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 2.5 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่รายได้ไม่เพียงพอ

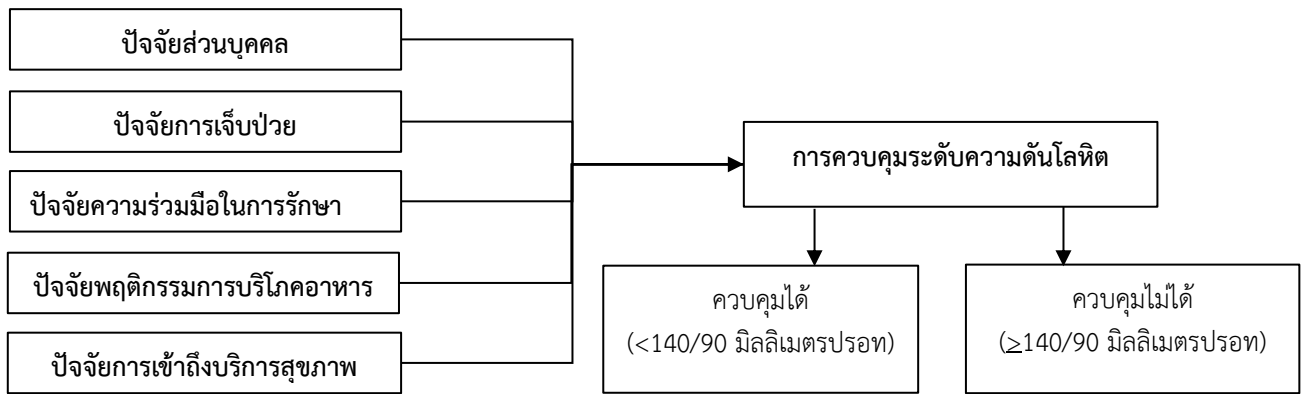
จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีงานวิจัยจำนวนมากศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่เน้นการศึกษาในระดับประเทศหรือในพื้นที่เฉพาะ เช่น โรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือพื้นที่ชนบท ขณะที่ข้อมูลในบริบทเขตเมือง โดยเฉพาะอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ยังมีจำกัด ทั้งที่เป็นพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง วิถีชีวิตเร่งรีบ และพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างจากพื้นที่อื่น ซึ่งอาจมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต นอกจากนี้ งานวิจัยที่มีอยู่มีมุมมองเพียงบางด้าน เช่น การใช้ยา หรือพฤติกรรมสุขภาพ โดยไม่ครอบคลุมปัจจัยส่วนบุคคล ความร่วมมือในการรักษา แรงสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษานี้จึงมีความจำเป็นเพื่อเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าว โดยวิเคราะห์ปัจจัยหลายมิติที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในบริบทของอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี เพื่อใช้วางแผนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการเจ็บป่วยและความร่วมมือในการรักษา ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยฉบับนี้อ้างอิงทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock (1974) เพื่อใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และบริบทแวดล้อมกับผลลัพธ์ด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการศึกษานี้ มุ่งเน้นการอธิบายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยแรกคือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งรวมถึงอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการป่วย ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ตลอดจนทัศนคติและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค 2) ด้านการเจ็บป่วย สะท้อนถึงสภาพสุขภาพและโรคร่วม ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ความจำเป็นในการควบคุมความดันโลหิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3) ปัจจัยด้านความร่วมมือในการรักษา แสดงถึงการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและมาตรวจตามนัด 4) ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่เหมาะสม และ 5) การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยแวดล้อมที่ส่งเสริมการลดอุปสรรคต่อการปฏิบัติตน เช่น ความสะดวกในการเข้ารับบริการ ค่าใช้จ่าย และคุณภาพของบริการ โดยกรอบแนวคิดนี้จึงมุ่งสำรวจความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ตามแนวคิด HBM และการควบคุมระดับความดัน ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี มีอายุมากกว่า 18 ปี และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูงมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาจำนวน 374 ราย ได้รับการคัดเลือกโดยใช้เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามนิยามข้างต้น สามารถพูดคุย ตอบโต้ อ่านและเข้าใจภาษาไทย ไม่มีประวัติโรคทางด้านการรับรู้และความเข้าใจภาษา และให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยพร้อมตอบแบบสอบถามครบถ้วน สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยขณะเก็บข้อมูลจนทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ตอบแบบสอบถามครบถ้วน ณ เขตเมืองนนทบุรี ตั้งแต่วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขออนุญาต จากหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและเทศบาลในเขตเมืองนนทบุรี

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากอัตราส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้มีอยู่ร้อยละ 67.9 (Hanjaroenpipat, 2020) โดยใช้สูตร Infinite population for proportion กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ($Z=1.96$) ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) เท่ากับ 0.05 และค่าความน่าจะเป็น (p) เท่ากับ 0.679 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 335 ราย เพื่อรองรับการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนขึ้นร้อยละ 10.0 ให้ได้ขนาดตัวอย่างสุดท้ายที่ใช้ในการศึกษาเท่ากับจำนวน 374 ราย

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีผสมผสานระหว่างการสุ่มแบบใช้ความน่าจะเป็นและไม่ใช้ความน่าจะเป็น โดยแบ่งพื้นที่ศึกษาเป็น 10 ตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ สวนใหญ่ ตลาดขวัญ บางเขน บางกระสอ ท่าทราย บางไผ่ บางศรีเมือง บางกร่าง ไทรมา และบางรักน้อย จากนั้นกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบลให้ใกล้เคียงกันตำบลละประมาณ จำนวน 37–38 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มชั้นเดียว

(one-stage cluster sampling) และการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (quota sampling) จากแต่ละตำบลจนครบจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยก่อนหน้านี้ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ และความเพียงพอของรายได้ ข้อคำถามแบบรายการให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและความร่วมมือในการรักษา จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ โรคร่วม ระยะเวลาการเจ็บป่วย การมารับการรักษาตามนัด มีอาการที่รับประทาน การลิ้มรับประทานยา และจำนวนชนิดยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ข้อคำถามแบบรายการให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารนำมาจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (Thai Health Promotion Foundation, 2022) แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มน้ำผักผลไม้สำเร็จรูป การรับประทานอาหารสำเร็จรูป การบริโภคเนื้อสัตว์ติดมัน และการเติมน้ำตาลหรือน้ำเชื่อมลงในอาหาร วัดเป็นระดับความถี่การบริโภคอาหาร 3 ระดับ (ไม่ค่อยบริโภค/ไม่บริโภคเลย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ และทุกวัน/เกือบทุกวัน) คิดเป็นคะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม และคะแนนที่ต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดัดแปลงข้อคำถามจากการศึกษาของ Teeraputharaksa (2006) จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การได้รับบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การให้คำปรึกษา/สุขภาพโดยบุคลากร การได้รับการเยี่ยมบ้าน การได้รับยาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพดี และความเชื่อมั่นในบริการสุขภาพ วัดระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 ระดับ (น้อยที่สุด-มากที่สุด) คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึง การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับสูง และคะแนนที่ต่ำ หมายถึง การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 การบันทึกค่าความดันโลหิตที่วัดจากผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการวัดและบันทึกค่าความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพักผ่อนอย่างน้อย 30 นาที เพื่อให้ร่างกายอยู่ในสภาวะสงบก่อนทำการวัดความดันโลหิต จากนั้นทำการวัดความดันโลหิตสองครั้งติดต่อกันโดยห่างกัน 1-2 นาที หากค่าที่ได้จากการวัดทั้งสองครั้งต่างกันไม่เกิน ± 5 มิลลิเมตรปรอทให้นำค่าทั้งสองมาหาค่าเฉลี่ย แต่หากค่าที่ได้ต่างกันมากกว่า ± 5 มิลลิเมตรปรอท จะทำการวัดครั้งที่สาม แล้วเลือกค่าที่ใกล้เคียงกันสองค่ามาหาค่าเฉลี่ย สำหรับการประเมินผลการควบคุมความดันโลหิต ผู้วิจัยใช้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่ได้จากการวัดเป็นเกณฑ์ โดยกำหนดตามเกณฑ์ว่า ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หมายถึง ควบคุมความดันโลหิตได้ และระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท หมายถึง ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (James et al., 2014)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบได้ความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งหมดโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความตรงของแบบสอบถามทั้งชุด (Scale-level Content Validity Index: S-CVI) ซึ่งได้ค่ามากกว่า 0.80 แสดงว่าแบบสอบถามมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดี จากนั้นได้นำแบบสอบถามส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 30 ราย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือผลการวิเคราะห์พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80

และ .76 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ อีกทั้งผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่าแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91 แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามมีคุณภาพทั้งในด้านความตรงและความเที่ยง สามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริงได้อย่างเหมาะสมและเชื่อถือได้

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามหลัก Belmont Report ซึ่งประกอบด้วยหลักความเคารพในบุคคล (Respect for Persons) การให้ประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) ผู้เข้าร่วมทุกคนได้รับข้อมูลอย่างชัดเจน มีสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบ คำตอบจากแบบสอบถามทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ ใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตน ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นระยะเวลา 5 ปีหลังสิ้นสุดโครงการเพื่อการตรวจสอบทางวิชาการ จากนั้นจะดำเนินการทำลายข้อมูลโดยการย่อยเอกสารและลบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์อย่างถาวร ทั้งนี้โครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า หมายเลข EC24/2566 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 374 ราย ณ เขตเมืองนนทบุรี 10 ตำบล ตั้งแต่วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขออนุญาตจากหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเทศบาลในเขตเมืองนนทบุรี เพื่อขออนุญาตและขอขออนุญาตเก็บข้อมูลจริง ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการอบรมชี้แจงวัตถุประสงค์แบบสอบถามและวิธีการสัมภาษณ์ จากนั้นจึงนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยตามตำบลต่าง ๆ โดยเริ่มจากการแนะนำโครงการวิจัย อธิบายขั้นตอน และขอความยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้วิจัยเป็นผู้วัดค่าความดันโลหิตตามกระบวนการมาตรฐานของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society, 2024)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมทางสถิติ โดย 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ กรณีที่ข้อมูลเชิงกลุ่ม และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ กรณีที่ข้อมูลเชิงปริมาณ และ 2) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ กับการควบคุมระดับความดันโลหิต ใช้สถิติ Pearson correlation (r) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นที่ว่าตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ต้องมีการแจกแจงแบบปกติทั้งตัวแปรต้นและตัวแปรตาม เป็นข้อมูลเชิงต่อเนื่องและมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง กำหนดเป็นแบบสองหาง (two-tailed test) และระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($\alpha=0.05$)

ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 374 ราย พบว่า 226 ราย ร้อยละ 60.4 สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในเกณฑ์เป้าหมาย (<140/90 มิลลิเมตรปรอท) ในขณะที่อีกจำนวน 148 ราย ร้อยละ 39.6 ไม่สามารถควบคุมได้ (>140/90 มิลลิเมตรปรอท) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในเกณฑ์เป้าหมาย (n=374)

การควบคุมระดับความดันโลหิต	n(%)
สามารถควบคุมได้ (<140/90 มม.ปรอท)	226 (60.4)
ไม่สามารถควบคุมได้ (>140/90 มม.ปรอท)	148 (39.6)

1) ปัจจัยส่วนบุคคล

ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.4 และเพศชายร้อยละ 41.6 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 61.3 ± 7.6 ปี ดัชนีมวลกายมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 27.7 (IQR 22.5–29.5) กิโลกรัม/เมตร² ขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมได้เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.5 และเพศชายร้อยละ 35.5 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 64.4 ± 8.2 ปี ดัชนีมวลกายมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 29.1 (IQR 23.4–30.2) กิโลกรัม/เมตร² การเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมได้และควบคุมไม่ได้พบว่า กลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีอายุเฉลี่ยและดัชนีมวลกายสูงกว่ากลุ่มที่ควบคุมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.05$)

2) พฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ด้วย Spearman's rank correlation พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ได้แก่ การดื่มน้ำผักผลไม้สำเร็จรูป ($\rho = -0.194$, $p < 0.001$), การบริโภคอาหารสำเร็จรูป ($\rho = -0.166$, $p = 0.001$), การบริโภคเนื้อสัตว์ติดมัน ($\rho = -0.167$, $p = 0.001$) และการเติมน้ำตาลหรือน้ำเชื่อมลงในอาหาร ($\rho = -0.155$, $p = 0.003$) แสดงว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมมีแนวโน้มควบคุมระดับความดันโลหิตได้น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

3) ความร่วมมือในการรักษา

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\rho = 0.111$, $p = 0.032$) แสดงว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาได้สม่ำเสมอมีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ดังตารางที่ 2

4) การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุด ได้แก่ การได้รับคำปรึกษา/สุขศึกษาจากบุคลากร ($\rho = 0.279$, $p < 0.001$) การได้รับบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ($\rho = 0.239$, $p < 0.001$) การได้รับยาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพดี ($\rho = 0.232$, $p < 0.001$) ความเชื่อมั่นในความปลอดภัยของบริการสุขภาพ ($\rho = 0.224$, $p < 0.001$) และการได้รับข้อมูลเวลาให้บริการอย่างชัดเจน ($\rho = 0.223$, $p < 0.001$) แสดงว่าผู้ที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้ดีกว่ามีโอกาสควบคุมระดับความดันโลหิตได้สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพฤติกรรมบริโภค และการเข้าถึงบริการสุขภาพ กับ การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในเกณฑ์เป้าหมาย (n=374)

ปัจจัย	Spearman's ρ	p-value
พฤติกรรมบริโภคอาหาร		
พฤติกรรมการดื่มน้ำผักผลไม้สำเร็จรูป	-0.194	<0.001*
การรับประทานอาหารสำเร็จรูป	-0.166	0.001*
การบริโภคเนื้อสัตว์ติดมัน	-0.167	0.001*
การเติมน้ำตาลหรือน้ำเชื่อมลงในอาหาร	-0.155	0.003*
ความร่วมมือในการรักษา		
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	0.111	0.032*
การเข้าถึงบริการสุขภาพ		
การให้คำปรึกษา/สุขภาพศึกษาโดยบุคลากร	0.279	<0.001*
การได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน	0.239	<0.001*
การได้รับยาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพดี	0.232	<0.001*
ความเชื่อมั่นในบริการสุขภาพ	0.224	<0.001*
ได้รับข้อมูลเวลาให้บริการอย่างชัดเจน	0.223	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โดยพิจารณาทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษา แรงสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ ดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการวิจัยพบว่าอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้มีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ควบคุมได้อย่างชัดเจน ($p=0.002$) เนื่องจากสรีรวิทยาเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดจะลดลง ทำให้แรงต้านทานต่อการไหลเวียนของเลือดเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ การตอบสนองต่อยาลดความดันในผู้สูงอายุอาจลดลงจากการเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึมและการทำงานของไต ส่งผลให้การควบคุมความดันทำได้ยากกว่า ในทางกลับกัน ผู้ที่อายุน้อยกว่ามักมีสุขภาพทั่วไปดีกว่า โรคเรื้อรังน้อย และสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้รวดเร็วกว่า การศึกษาของพงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์ (Hanjaroenpipat, 2020) ก็รายงานผลในทำนองเดียวกันว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญต่อการควบคุมความดันโลหิต นอกจากนี้ยังพบว่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่สูงมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตในทางลบอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.018$) กลุ่มที่ควบคุมไม่ได้มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายสูงกว่ากลุ่มที่ควบคุมได้ เนื่องจากภาวะอ้วนสัมพันธ์กับกลไกทางสรีรวิทยาหลายอย่างที่เพิ่มความดันโลหิต เช่น การกระตุ้นระบบฮอร์โมนสำคัญที่ควบคุมความดันโลหิตและสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย (renin-angiotensin-aldosterone: RAAS) และระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งทำให้เกิดการกักเกลือและน้ำในร่างกายมากขึ้น นอกจากนี้ ไขมันส่วนเกินยังส่งผลต่อภาวะดื้อต่ออินซูลิน และกระบวนการอักเสบเรื้อรัง ที่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวเร็วขึ้น (Hall et al., 2015) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์อภิมานที่ชี้ให้เห็นว่าระดับดัชนีมวลกายที่ลดลง >3 กิโลกรัม/เมตร² ในผู้ที่มีภาวะอ้วนมีประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิกได้ลดลงเฉลี่ย -8.54 และไดแอสโตลิก -3.45 มิลลิเมตรปรอท (Yang et al., 2023)

2) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตอย่างชัดเจน ผู้ที่บริโภคอาหารไขมันสูง อาหารสำเร็จรูป และเครื่องดื่มหวานมีแนวโน้มควบคุมความดันโลหิตได้น้อยลง เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีผลโดยตรงต่อระดับความดันโลหิต อาหารที่มีโซเดียม ไขมันอิ่มตัว และน้ำตาลสูง เช่น อาหารสำเร็จรูปหรือของทอด จะเพิ่มการกักเก็บน้ำและโซเดียมในร่างกาย ทำให้ปริมาตรเลือดและแรงดันในหลอดเลือดสูงขึ้น ในทางตรงข้าม แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เน้นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคตามหลักแนวทางการกินอาหารเพื่อลดและควบคุมความดันโลหิตสูง (DASH diet) ได้แก่ การลดเกลือโซเดียม ไขมัน และน้ำตาลในอาหาร สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้จากกลไกลดโซเดียม เพิ่มโพแทสเซียม และเสริมการทำงานของหลอดเลือด (Whelton et al., 2018) ผลการศึกษานี้ยังสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการควบคุมอาหารตามหลักแนวทางการกินอาหารเพื่อลดและควบคุมความดันโลหิตสูง (DASH diet) ซึ่งได้รับการยืนยันในงานวิจัยเชิงทดลองโดย Rao et al. (2025) ที่พบว่าทำให้ค่าปริมาตรทางโทรศัพท์ในด้านอาหารการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดสามารถลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ

3) ความร่วมมือในการรักษา

การศึกษานี้พบว่าผู้ที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามีแนวโน้มควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ที่ล้มรับประทานยา โดยมีค่าสหสัมพันธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.111$, $p=0.032$) เนื่องจากผู้ที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะสามารถรักษาระดับยาในเลือดให้อยู่ในช่วงที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมความดันได้ต่อเนื่อง ตรงกันข้ามหากผู้ป่วยล้มรับประทานยาจะทำให้ระดับยาในเลือดลดลง ความดันโลหิตกลับมาสูงขึ้น และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า “ความร่วมมือในการรักษา” (medication adherence) เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยต้องมีการตัดสินใจร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และมีความต่อเนื่องในการใช้ยาตามแผนการรักษา (Samdaengsarn et al., 2019) ทั้งนี้ งานวิจัยก่อนหน้าในประเทศไทยโดย Hanjaroenpipat (2020) ก็ยืนยันในประเด็นเดียวกันว่า ผู้ป่วยที่ไม่ล้มรับประทานยามีโอกาสควบคุมระดับความดันโลหิตได้มากกว่าผู้ที่ขาดความสม่ำเสมอในการรักษา

4) การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการควบคุมระดับความดันโลหิตมากที่สุดคือด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ และการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพ ซึ่งล้วนมีค่าสหสัมพันธ์เชิงบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ r มากกว่า 0.180 ($p<0.001$) โดยการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตอย่างมาก ผู้ป่วยที่สามารถเข้ารับบริการได้สะดวก ค่าใช้จ่ายไม่สูง และได้รับการติดตามจากบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มักได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อน การปรับยา และคำแนะนำด้านพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม ส่งผลให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีประสิทธิภาพมากกว่า ในทางกลับกัน การเข้าถึงบริการที่จำกัด อาจทำให้ผู้ป่วยละเลยการรักษาและขาดความต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้ยังสนับสนุนงานวิจัยของ Hanjaroenpipat (2020) ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายและต่อเนื่องมีโอกาสควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่า

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลการวิจัยในครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นว่า การควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ปัจจัยหลายด้านร่วมกัน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษา และคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและเข้าถึงได้ง่ายในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการควบคุมโรค ข้อมูลจากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตมักจะมีอายุและดัชนีมวลกายต่ำกว่า เนื่องจากมีความสามารถทางสรีรวิทยาของระบบหลอดเลือดและการตอบสนองของร่างกายที่ดีกว่า อีกทั้งมีความเข้าใจและเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ดีกว่า สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติที่เน้นการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น การลดอาหารสำเร็จรูป ไขมันสูง และน้ำตาล เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่แสดงความสัมพันธ์เชิงลบกับผลการควบคุมโรค นอกจากนี้ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการไม่สูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่มีนัยสำคัญทางสถิติและมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ที่โดดเด่นที่สุดคือ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การได้รับคำแนะนำสุขภาพ และการได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพ ล้วนมีค่าสหสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งตอกย้ำบทบาทของระบบสุขภาพชุมชนในการเป็นแนวหน้าในการจัดการโรคเรื้อรัง ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างรอบด้าน ควรเน้นที่การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การออกแบบระบบติดตามเยี่ยมบ้าน การจัดบริการที่ต่อเนื่อง และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มอัตราการควบคุมโรคให้สูงขึ้นในระดับประชากร และลดภาระของโรคในระยะยาวอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัย

ความคลาดเคลื่อนในการวัดระดับความดันโลหิตบางส่วนที่ผู้ป่วยบันทึกเอง ซึ่งอาจเกิดความผิดพลาดจากเทคนิคการวัดหรือเครื่องวัดที่ไม่ได้สอบเทียบ (measurement bias) การตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาอาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากการจดจำ (recall bias) หรือการตอบเอาใจสังคมน (social desirability bias) การออกแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional design) ทำให้ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุและผลได้ และการใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง อาจจำกัดความเป็นตัวแทนของประชากร นอกจากนี้ยังมีปัจจัยแทรกซ้อนบางส่วนที่ไม่ได้ถูกรวบรวม (unmeasured confounders) ซึ่งอาจมีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตและควรพิจารณาเมื่อตีความผลการศึกษา

ข้อเสนอแนะการวิจัย

สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาที่ใช้การออกแบบแบบติดตามหรือการทดลองเพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างปัจจัยสำคัญกับผลการควบคุมความดันโลหิต ควบคู่กับการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อลดอคติจากการรายงานตนเอง ควรพิจารณาการวัดค่าความดันโลหิตในหลายวันหรือใช้วิธีการติดตามแบบ HBPM/ABPM เพื่อสะท้อนค่าที่แท้จริง รวมถึงการศึกษาความคุ้มค่าของรูปแบบการให้บริการ เช่น โปรแกรมเยี่ยมบ้านหรือโปรแกรมเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร นอกจากนี้การวิเคราะห์เชิงลึกในกลุ่มประชากรย่อย เช่น ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคร่วม จะช่วยให้สามารถออกแบบมาตรการเฉพาะกลุ่มได้อย่างเหมาะสม ซึ่งทั้งหมดนี้จะเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและลดภาระของโรคในระยะยาว

References

- Anukoolsawat, P., Sritara, P., & Teerawattananon, Y. (2006). Costs of lifetime treatment of Acute Coronary Syndrome at Ramathibodi hospital. *Thai heart J*, 19(4), 132–43. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/346?locale-attribute=th>
- Hall, J. E., do Carmo, J. M., da Silva, A. A., Wang, Z., & Hall, M. E. (2015). Obesity-induced hypertension: Interaction of neurohumoral and renal mechanisms. *Circulation Research*, 116(6), 991–1006. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.305697>
- Hanjaroenpipat, P. (2020). Factor effecting to blood pressure level controlling among hypertension patients at Sirattana hospital, Sisaket province. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 35(3), 651–63. (in Thai)
- Health Systems Research Institute. (2021). *National Health Examination Survey (NHES V)*. Health Systems Research Institute, Thailand. <https://www.hsri.or.th>
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., et al. (2014). Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, 311(5), 507–20. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.284427>
- Ministry of Public Health. (2020). *Thai Health Profile Report 2019–2020*. Ministry of Public Health, Thailand. <https://www.moph.go.th>
- Nawsuwan, K., Singhasem, P., & Yimyearn, Y. (2016). Relationship and the predictive power of social support on the practice of hypertension patients. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 8(1), 1–13. (in Thai)
- Office of the Constitutional Court. (2006). *Constitution of the Kingdom of Thailand, B.E. 2540 (1997) and amendments (No. 1) B.E. 2548 (2005)*. Bangkok: Office of the Constitutional Court. <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2540/A/055/1.PDF>
- Oliveros, E., Patel, H., Kyung, S., Fugar, S., Goldberg, A., Madan, N., & Williams, K. A. (2020). Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. *Clinical Cardiology*, 43(2), 99–107. <https://doi.org/10.1002/clc.23303>
- Rao, K. D., Marklund, M., Cherukupalli, R., Yao, Z., Abrar, A. K., Jubayer, S., Choudhury, S. R., Appel, R. J., & Matsushita, K. (2025). Health financing interventions and hypertension control: a narrative review and hypothetical model. *J Hypertens*, 43(7), 1108–15. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000004021>
- Rodriguez, M. A., Wang, B., Hyoung, S., Friedberg, J., Wylie-Rosett, J., & Fang, Y. (2021). Sustained benefit of alternate behavioral interventions to improve hypertension control: A randomized clinical trial. *Hypertension*, 77(6), 1867–76. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15192>
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 324–473. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>

- Samdaengsarn, D., Chinnawong, T., & Thanawatthananon, P. (2019). Factors related to treatment adherence in older persons with hypertension. *Songklanagarind Journal of Nursing, 39*(3), 51–66. (in Thai)
https://www.nur.psu.ac.th/researchdb/file_warasarn/15297journal2.pdf
- Saxena, T., Ali, A. O., & Saxena, M. (2018). Pathophysiology of essential hypertension: An update. *Expert Review of Cardiovascular Therapy, 16*(12), 879–87.
<https://doi.org/10.1080/14779072.2018.1540301>
- Shahimi, N. H., Lim, R., Mat, S., Goh, C. H., Tan, M. P., & Lim, E. (2022). Association between mental illness and blood pressure variability: A systematic review. *BioMedical Engineering Online, 21*(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12938-022-00985-w>
- Siripitthayakunkit, A. (2013). Social support: Important factors in caring for patients with diabetes. *Nursing Research and Innovation Journal, 16*(2), 309–23. (in Thai)
- Staplin, N., Herrington, W. G., Murgia, F., Ibrahim, M., Bull, K. R., Judge, P. K., Ng, S. Y. A., Turner, M., Zhu, D., Emberson, J., Landray, M. J., Baigent, C., Haynes, R., & Hopewell, J. C. (2022). Determining the relationship between blood pressure, kidney function, and chronic kidney disease: insights from genetic epidemiology. *Hypertension, 79*(12), 2671–81.
<https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.122.19354>
- Teeraputharaksa, P. (2006). *Primary care service accessibility of high school adolescents in Yala province*. [Master's Thesis, Prince of Songkla University]. TDC. (in Thai)
- Thai Health Promotion Foundation. (2022, August 16). *Assessment form for sweet, fatty, and salty food consumption behavior*.
<https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/eat-test> (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2024). *Thai guidelines on the treatment of hypertension in general practice 2024 update*. Bangkok: The Thai Hypertension Society.
<https://thaihypertension.org/2024-guideline/> (in Thai)
- United Nations Thailand. (2020). *Prevention and control of noncommunicable diseases in Thailand*. Bangkok: United Nations Thailand.
https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/th/UNDP_TH_WHO_THAILAND_NCD-IC-REPORT_v06_231121.pdf
- Wangworatrakul, W., Suwannaroop, N., & Moopayak, K. (2017). Factors predicting to medication adherence among patients with essential hypertension. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 18*(1), 131–9. (in Thai)
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Jr., Collins, K. J., Himmelfarb, C. D., et al. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in

adults: Executive summary. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), 2199–269. <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>

World Health Organization. (2021, August 25). *More than 700 million people with untreated high blood pressure*. <https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>

World Health Organization. (2025, September 25). *Hypertension: Fact sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

Yang, S., Zhou, Z., Miao, H., Zhang, Y. (2023). Effect of weight loss on blood pressure changes in overweight patients: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Hypertens*, 25(5), 404–15. <https://doi.org/10.1111/jch.14661>

การรับรู้การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

วลีรัตน์ แตรตุลาการ* ศิริพร โอภาสวัตชัย* จุฬารัตน์ หัวหาญ*

บทคัดย่อ

บทนำ : การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นแนวคิดสำคัญในการเรียนการสอนทางการพยาบาล การเข้าใจการรับรู้ของนักศึกษาต่อแนวคิดนี้ช่วยพัฒนาหลักสูตร การจัดการเรียนรู้ และเสริมสร้างอัตลักษณ์วิชาชีพพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลต่อคุณลักษณะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 182 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือเป็นแบบสอบถามการรับรู้คุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย : นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในระดับสูง (Mean=3.88, SD=0.83) โดยให้ความสำคัญต่อการเข้าใจจิตใจของผู้ป่วย สะท้อนถึงความเห็นอกเห็นใจและการตระหนักในคุณค่าความเป็นมนุษย์ ขณะที่ข้อที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ ยิ่งเรียนฉันยิ่งรู้สึกว่าคุณเป็นคนยิ่งใหญ่ขึ้นทุกที แสดงถึงความถ่อมตนของนักศึกษา ผลการเปรียบเทียบพบว่า เพศหญิง ชั้นปีที่ 4 และผู้มีเกรดเฉลี่ย 3.51-4.00 มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มอื่น แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล : นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้คุณลักษณะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในระดับสูง ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมพัฒนานักศึกษาที่บูรณาการแนวคิดนี้อย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมกิจกรรมที่เน้นความเข้าใจจิตใจของผู้ป่วยจึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณลักษณะด้านหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลในอนาคต

คำสำคัญ : หัวใจความเป็นมนุษย์ นักศึกษาพยาบาล การพยาบาล

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ศิริพร โอภาสวัตชัย, E-mail: shongko01@bcnnon.ac.th

Received: August 2, 2025

Revised: December 30, 2025

Accepted: December 30, 2025

Nursing Students' Perceptions of Humanized Care in Colleges of Nursing Affiliated with the Ministry of Public Health, Thailand

Wareerat Traetulakarn* Siriporn Opasawatchai* Chularat Howharn*

Abstract

Background: Caring with the heart of humanity is a key concept in nursing education. Understanding nursing students' perceptions of this concept helps improve curriculum design, teaching strategies, and the development of professional identity in nursing.

Objectives: This study aimed to explore nursing students' perceptions of the characteristics of caring with the heart of humanity.

Methods: This descriptive study involved 182 undergraduate nursing students from years 1 to 4, selected purposively. The research instrument was a questionnaire measuring perceptions of caring with the heart of humanity, which was content-validated and demonstrated a Cronbach's alpha coefficient of 0.79. Data were analyzed using descriptive statistics and mean comparisons.

Results: The findings revealed that nursing students perceived the characteristics of caring with the heart of humanity at a high level (Mean=3.88, SD=0.83). They particularly valued understanding patients' minds, reflecting empathy and awareness of human dignity. The lowest-rated item, "The more I study, the greater I feel as a person," indicated students' humility. Comparison results showed that female students, fourth-year students, and those with GPAs between 3.51 and 4.00 scored higher than other groups, though the differences were not statistically significant.

Conclusion: Nursing students demonstrated a high level of perception regarding caring with the heart of humanity, reflecting the effectiveness of teaching and student development activities that integrate this concept. Promoting activities that emphasize understanding patients' emotions is therefore crucial for fostering the humanistic caring characteristics of future nurses.

Keywords: Humanized care, nursing student, nursing

* Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Corresponding Author: Siriporn Opasawatchai, E-mail: shongko01@bcnnon.ac.th

บทนำ

การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Care) เป็นแนวคิดสำคัญที่อยู่คู่กับวิชาชีพการพยาบาลมายาวนาน แนวคิดนี้มีได้มุ่งเน้นเพียงการบำบัดรักษาโรค หากแต่ให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และให้คุณค่าแก่ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย (Juangpanich, 2007) ในทางปฏิบัติพยาบาลที่ยึดมั่นการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จะปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเมตตา เอื้ออาทร และพร้อมจะรับฟังความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว อันเป็นการสร้างความสุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการแพทย์ อาจทำให้ระบบบริการสุขภาพมุ่งเน้นเชิงเทคนิคและกระบวนการรักษา จนละเลยมิติความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ศาสตราจารย์ประเวศ วะสี (Wasi, 2006) จึงเสนอให้ระบบสุขภาพไทยกลับมาเน้น “การบริการที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care)” เพื่อเสริมสร้างคุณภาพบริการและลดปัญหาความไม่พอใจของผู้ป่วย แนวคิดนี้สอดคล้องกับพยาบาลศาสตร์ซึ่งถือว่าการพยาบาลไม่ใช่เพียงทักษะวิชาชีพ แต่เป็นศิลปะแห่งการดูแลที่หล่อเลี้ยงด้วยจิตใจที่อ่อนโยนและความรับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์

แนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในประเทศไทยมีรากฐานมาจากพระราชปณิธานของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก พระบิดาแห่งการแพทย์และการสาธารณสุขไทย ซึ่งทรงพระราชทานคำสอนแก่นิสิตแพทย์เมื่อ พ.ศ. 2471 ว่า “I do not want you to be only a doctor but I also want you to be a man” และ “ขอให้ถือผลประโยชน์ส่วนตัวเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง” (Siriraj Library, n.d.) พระราชดำรัสเหล่านี้ได้กลายเป็นรากฐานสำคัญของการปลูกฝังคุณธรรมเมตตาในวิชาชีพสุขภาพ รวมทั้งวิชาชีพพยาบาลที่ระบุในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่มุ่งเน้นให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลอย่างเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศต่างยืนยันความสำคัญของแนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล การศึกษาของ Wiangperm et al. (2020) เกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนรู้การดูแลเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาเกิดการเรียนรู้จากแบบอย่างที่ดี การทำกิจกรรมกลุ่ม บำบัด การเห็นอกเห็นใจ และการสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนว่านักศึกษาซึมซับคุณลักษณะด้านหัวใจความเป็นมนุษย์จากการฝึกปฏิบัติจริง นอกจากนี้การศึกษาของ Nawsuwan et al. (2014) พัฒนาตัวบ่งชี้อัตลักษณ์นักศึกษาพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าองค์ประกอบด้านจิตบริการ การคิดเชิงวิเคราะห์ และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ล้วนเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของการมีหัวใจความเป็นมนุษย์ และสามารถพัฒนาได้ผ่านการจัดการเรียนรู้และการเป็นแบบอย่าง มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Wangthong et al. (2014) ศึกษามุมมองผู้รับบริการในพื้นที่วัฒนธรรมพิเศษที่จังหวัดปัตตานี พบว่าการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างศาสนาและวัฒนธรรมต้องเน้นความเสมอภาค การเอาใจใส่ การยอมรับความแตกต่าง และการสร้างความเชื่อมั่นกับผู้ป่วย ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการนำแนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ไปปฏิบัติในบริบทไทยจำเป็นต้องคำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรม ต่างประเทศเองก็ให้ความสำคัญกับแนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เช่น การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลที่มุ่งเน้นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) ในยุโรปและอเมริกา ซึ่งเน้นการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีผู้ป่วย โดยบูรณาการทั้งทักษะวิชาชีพและคุณธรรมเมตตาเข้าด้วยกัน ผลวิจัยเหล่านี้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาการศึกษาพยาบาลไทยที่ ต้องการสร้างบัณฑิตซึ่งมีทั้งสมรรถนะทางวิชาชีพและหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้น้อมนำพระราชปณิธานดังกล่าวมากำหนดเป็น อัตลักษณ์บัณฑิตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ในคำว่า “การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” (Thongsom et al., 2020) อันหมายถึงการให้บริการที่เป็นมิตร เอื้ออาทร ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการ และ คำนึงถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาของสถาบันพระบรมราชชนกมีพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับดี ยกตัวอย่าง เช่น การศึกษาของ Sattayasomboon et al. (2024) พบว่าอาจารย์พี่เลี้ยงมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์โดยรวมอยู่ในระดับดี

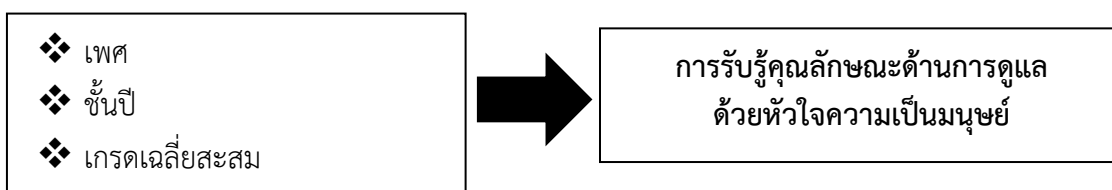
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ซึ่งสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ได้กำหนดอัตลักษณ์ บัณฑิตในปีการศึกษา 2567 ว่า “บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” โดยบูรณาการไว้ในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม จำนวน 36 หน่วยกิต รวม 13 รายวิชา เพื่อให้นักศึกษาซึมซับคุณลักษณะ ดังกล่าวอย่างเป็นระบบ (Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi [BCNNON], 2018; 2022) แม้จะมีการกำหนดอัตลักษณ์บัณฑิตและการบูรณาการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เข้าสู่ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตอย่างต่อเนื่อง แต่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ยังไม่เคยมีการศึกษา อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการรับรู้คุณลักษณะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ข้อมูลที่ มีส่วนใหญ่มุ่งเป็นเชิงนโยบายหรือข้อกำหนดในหลักสูตร มิใช่ข้อมูลเชิงประจักษ์จากนักศึกษาโดยตรง การขาด ฐานข้อมูลดังกล่าวทำให้ไม่สามารถประเมินได้ว่านักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้และพัฒนาอัตลักษณ์นี้ได้ตามที่ คาดหวังหรือไม่ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งสำรวจการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลต่อคุณลักษณะการดูแลด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ปรับปรุงหลักสูตร การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ และการพัฒนา อัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยให้สอดคล้องกับพันธกิจของสถาบันพระบรมราชชนกและความต้องการด้าน สุขภาพของสังคมไทยในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาการรับรู้คุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็น มนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีเพศ ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ปีการศึกษา 2567 จำนวน 707 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ทำการคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีลักษณะตามเกณฑ์ (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (Inclusion Criteria) คือ เป็นนักศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ปีการศึกษา 2567 ชั้นปีที่ 1-4 และเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ส่วนเกณฑ์การคัดเลือกรายชื่อตัวอย่างออกจากกลุ่ม (Exclusion Criteria) คือ ไม่ยินยอมเข้าร่วมการกิจกรรมการวิจัย และแจ้งความจำนงขอออกจากกรวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power เพื่อให้มีความเพียงพอในการตรวจสอบสมมติฐานทางสถิติ โดยอิงจากการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มแบบ One-way ANOVA ซึ่งเหมาะสมกับการเปรียบเทียบชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล กำหนดค่าขนาดอิทธิพลปานกลาง (Effect size $f=0.25$) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha=0.05$) และกำลังการทดสอบ (Power=0.80) เมื่อคำนวณด้วย G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมประมาณ 180 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 182 คน เพื่อให้เพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูลและรองรับกรณีการสูญเสียข้อมูลหรือการถอนตัวจากการวิจัย (Faul et al., 2009)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามการรับรู้คุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา ลักษณะของแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) จำนวนข้อคำถาม 23 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก (Positive items) 14 ข้อ และคำถามเชิงลบ (Negative items) 9 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ด้านบวกให้ 5 คะแนน ด้านลบให้ 1 คะแนน
เห็นด้วย	ด้านบวกให้ 4 คะแนน ด้านลบให้ 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ด้านบวกให้ 3 คะแนน ด้านลบให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ด้านบวกให้ 2 คะแนน ด้านลบให้ 4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ด้านบวกให้ 1 คะแนน ด้านลบให้ 5 คะแนน

กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้คุณลักษณะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยรวม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00	หมายถึง	รับรู้ว่ามีคุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับสูงมาก
คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49	หมายถึง	รับรู้ว่ามีคุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49	หมายถึง	รับรู้ว่ามีคุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49	หมายถึง	รับรู้ว่ามีคุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49	หมายถึง	รับรู้ว่ามีคุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามสร้างและพัฒนาโดยการระดมสมองทีมนักวิจัย จากสถาบันพระบรมราชชนก ร่วมกับศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล แล้วนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเนื้อหา โดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับ

นักศึกษาพยาบาลศาสตร์แห่งหนึ่งจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) เท่ากับ .79

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี รหัส BCNNON No. 012/67 ลงวันที่ 29 กันยายน 2567

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยและได้รับอนุญาตให้ติดประชาสัมพันธ์เพื่อเชิญชวน นักศึกษาให้เข้าร่วมการศึกษาวิจัย

2. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา โดย แนบ QR code พร้อม Link สำหรับเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามที่เตรียมไว้โดยใช้ แบบสอบถามออนไลน์โดยใช้ Google Form กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำชี้แจงว่ามีแบบสอบถามออนไลน์โดยใช้ Google Form ซึ่งจะมีคำอธิบายพร้อมแบบยินยอมความร่วมมือวิจัย (consent form) อธิบายไว้ โดยระบุชัดเจน ว่าการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลต่อผลการเรียนรายวิชาใด ๆ รวมทั้งผลสัมฤทธิ์การเรียน นอกจากนั้นยังมีคำอธิบาย ว่าข้อมูลจะถูกนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม ดังนั้นในการตอบแบบสอบถามจะไม่มีให้ระบุชื่อ นามสกุล รหัส นักศึกษา และกลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะถอนตัวจากการวิจัยในในเวลาใดก็ได้ตามความสมัครใจ ทั้งนี้กลุ่มที่ เข้าร่วมกิจกรรมไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 18 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจาก Google form จะถูกส่งออกไปยัง Excel spreadsheet เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาซึ่งประกอบไปด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการ พรรณนาผลการศึกษา

2. ใช้สถิติการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของของการรับรู้คุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่มีความแตกต่างของเพศ (ชาย-หญิง) ได้แก่ สถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ของการทดสอบไว้ที่ $p\text{-values}=0.05$ เป็นการทดสอบแบบสองทาง และตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล โดยทดสอบความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Levene's Test for Equality of Variances และทดสอบ การแจกแจงแบบโค้งปกติ (Test of Normality) ประกอบด้วย ทดสอบค่า Skewness/Standard Error และ Kurtosis/Standard Error

3. ใช้สถิติการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของของการรับรู้คุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็น มนุษย์ที่มีความแตกต่างของ ชั้นปีที่กำลังศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม (2.00-2.50, 2.51-3.00, 3.01-3.50, 3.51- 4.00) ได้แก่ One-way Analysis of Variance (One-way ANOVA) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญของการ ทดสอบไว้ที่ $p\text{-value}=0.05$ เป็นการทดสอบแบบสองทาง และตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล โดย ทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Test of Normality) ประกอบด้วย ทดสอบค่า Skewness/Standard Error และ Kurtosis/Standard Error ทดสอบความแปรปรวนระหว่างกลุ่มก่อนทำการเปรียบเทียบความ แตกต่างระหว่างคู่

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยและให้ข้อมูลเป็นจำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 25.74 ของนักศึกษาทั้งหมดในปีการศึกษา 2567 นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.66 มีอายุระหว่าง 18-29 ปี (Mean=20.54, SD=1.47) โดยเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มากที่สุด จำนวน 65 คน ร้อยละ 35.71 รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 3 จำนวน 56 คน ร้อยละ 30.76 ชั้นปีที่ 2 จำนวน 42 คน ร้อยละ 23.07 และชั้นปีที่ 4 จำนวน 19 คน ร้อยละ 10.43 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณลักษณะด้านหัวใจความเป็นมนุษย์ในระดับสูง (Mean=3.88, SD=0.83) มีการรับรู้คุณลักษณะอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 46.2 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 36.8 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคุณลักษณะที่มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้สูงที่สุด คือ การเข้าใจจิตใจของผู้ป่วยมีความสำคัญ (Mean=4.62, SD=0.59) รองลงมาคือ ฉันทุมิใจที่ได้มีโอกาสดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยแม้จะไม่มีใครเห็น (Mean=4.53, SD=0.65) และ ความรู้และทักษะที่ได้เรียนรู้สามารถนำไปประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยได้ (Mean=4.50, SD=0.57) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ยิ่งเรียนฉันยิ่งรู้สึกกว่าตัวเองเป็นคนยิ่งใหญ่ขึ้นทุกที (Mean=2.73, SD=1.10) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณลักษณะด้านหัวใจความเป็นมนุษย์ (n=182 คน)

ลำดับที่	คุณลักษณะด้านหัวใจความเป็นมนุษย์	Mean	SD	ความหมาย
1	การเข้าใจจิตใจของผู้ป่วยมีความสำคัญ	4.62	0.59	สูงมาก
2	ฉันทุมิใจที่ได้มีโอกาสดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยแม้จะไม่มีใครเห็น	4.53	0.65	สูงมาก
3	ความรู้และทักษะที่ได้เรียนรู้สามารถนำไปประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยได้	4.50	0.57	สูงมาก
4	การเรียนทำให้ฉันเห็นคุณค่าและความหมายของชีวิต	4.43	0.59	สูง
5	การเรียนการสอนทำให้ฉันเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น	4.42	0.59	สูง
6	ฉันได้รับการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมอย่างพอเพียง	4.32	0.62	สูง
7	ฉันโกงได้ถ้าไม่ได้เสียผลประโยชน์อะไร*	4.22	1.03	สูง
8	ฉันเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง	4.19	0.78	สูง
9	การเรียนช่วยให้ฉันยอมรับความผิดพลาดของตนเองได้	4.19	0.66	สูง
10	การเรียนการสอนทำให้ฉันสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น	4.13	0.57	สูง
11	ยิ่งเรียนความเห็นแก่ตัวของฉันยิ่งมากขึ้น*	4.08	1.01	สูง
12	หลักสูตรส่งเสริมให้ฉันเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง	4.08	0.73	สูง
13	การเรียนการสอนทำให้ฉันเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น	4.00	0.81	สูง
14	ฉันพร้อมที่จะออกไปทำงานในชุมชน	3.89	0.74	สูง
15	หลักสูตรเปิดโอกาสให้ฉันได้คิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ	3.92	0.65	สูง
16	ยิ่งเรียนชั้นปีสูงขึ้นฉันยิ่งเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยน้อยลง*	3.69	1.11	สูง
17	การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาลอาจมี ผลเสียหรือทำให้ปัญหายุ่งยากมากขึ้น*	3.65	1.07	สูง
18	ผลการสอบมีคุณค่ามากกว่าคุณค่าทางวิชาชีพ*	3.35	1.09	ปานกลาง
19	ถ้าฉันมีโอกาสจะแนะนำน้อง ๆ ฉันให้เรียนสาขานี้	3.20	0.92	ปานกลาง
20	ถ้าย้อเวลากลับไปได้ฉันจะไม่เลือกเรียนสาขานี้*	3.11	1.02	ปานกลาง
21	ยิ่งเรียนฉันก็รู้สึกเป็นทุนยนต์มากขึ้นทุกที*	3.03	1.13	ปานกลาง
22	การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเป็นนามธรรม ปฏิบัติได้ยาก*	3.01	1.07	ปานกลาง
23	ยิ่งเรียนฉันยิ่งรู้สึกกว่าตัวเองเป็นคนยิ่งใหญ่ขึ้นทุกที*	2.73	1.10	ปานกลาง
โดยรวม		3.88	0.83	สูง

หมายเหตุ * ข้อความด้านลบ

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีเพศ ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม แตกต่างกัน พบว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สูงกว่าเพศชาย ชั้นปีที่ 4 มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 3 ชั้นปีที่ 2 และ ชั้นปีที่ 1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีเกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 3.51-4.00 มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ เกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 3.01-3.50, 2.51-3.00 และ 2.00-2.50 ตามลำดับ ซึ่งทุกด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=182)

ข้อมูลทั่วไป	n	Mean	SD	t/f	p-values
เพศ				1.03	.30
หญิง	165	3.90	.34		
ชาย	11	3.79	.47		
ชั้นปี					
ชั้นปีที่ 1	65	3.84	.32		
ชั้นปีที่ 2	42	3.88	.36		
ชั้นปีที่ 3	56	3.89	.36		
ชั้นปีที่ 4	19	3.96	.50		
เกรดเฉลี่ยสะสม				1.03	.38
2.00-2.50	14	3.80	.37		
2.51-3.00	70	3.85	.39		
3.01-3.50	67	3.89	.34		
3.51-4.00	29	3.98	.32		

อภิปรายผล

ผลการศึกษพบว่านักศึกษาเกือบร้อยละ 91 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.66) ซึ่งสอดคล้องกับบรรทัดฐานเชิงเพศภาวะของพยาบาลยังเป็นเพศหญิง (Chirawatkul et al., 2012) มีอายุระหว่าง 18-29 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 20.54 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่กำลังศึกษาในระดับอุดมศึกษา โดยหนึ่งในสามเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในช่วงที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลมีเฉพาะนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่ศึกษาภาคทฤษฎีและภาคทดลองในห้องเรียน ทำให้มีเวลาในการให้ข้อมูลมากกว่าชั้นปีอื่นที่มีภาระการเรียนในภาคปฏิบัติ

โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณลักษณะด้านหัวใจความเป็นมนุษย์ในระดับสูง (Mean=3.88, SD=0.83) มีการรับรู้คุณลักษณะอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 46.2) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 36.8) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่เข้ามาศึกษาในช่วงปีการศึกษา 2564 ถึงปีการศึกษา 2567 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ยุทธศาสตร์การศึกษาด้านหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561) และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2565) ทั้งสองหลักสูตรกำหนดอัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยที่กำหนดให้บัณฑิตนั้นเป็นผู้ที่ “บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวิทยาลัยด้านการผลิตบัณฑิต ซึ่งกำหนดว่า “ผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพและบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (BCNNON, 2024b) รวมทั้งวัตถุประสงค์ของหลักสูตรด้านคุณธรรมจริยธรรมที่กำหนดว่า “เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และปฏิบัติกรพยาบาลและผดุงครรภ์แบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (BCNNON, 2022) จากข้อกำหนดในหลักสูตรนำมาสู่กระบวนการพัฒนาคุณลักษณะด้านหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยผ่านทางจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ และผ่านทางการจัดกิจกรรมพัฒนานักศึกษา สำหรับด้านการ

จัดการเรียนการสอนได้มีการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร (Program Learning Outcome: PLOs) โดยกำหนดใน PLO2 “ปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์แบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยใช้กระบวนการพยาบาล บนหลักฐานเชิงประจักษ์ คำนึงถึงความปลอดภัย การใช้ยาสมเหตุสมผล ความหลากหลายทางวัฒนธรรม ภายใต้กฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งกลยุทธ์การสอนที่กำหนดไว้ในหลักสูตร ได้แก่ การเรียนรู้จากฝึกประสบการณ์ภาคปฏิบัติตามสภาพจริง ร่วมกับสหวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพ หรือในชุมชน โดยใช้กิจกรรมการเรียนการสอนในคลินิกและในห้องปฏิบัติการ เช่น การใช้กรณีตัวอย่าง การใช้สถานการณ์เสมือนจริง การสาธิต การตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล และการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (BCNNON, 2022) การดำเนินการดังกล่าวสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Reyes-Télez et al. (2024) ที่พบว่าปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้พยาบาลมีการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์คือ การมีความรู้และได้รับการฝึกอบรมทางด้านนี้มาก่อน โดยมีข้อเสนอแนะให้บูรณาการแนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เข้าในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลตั้งแต่ระดับก่อนปริญญา (undergraduate)

สำหรับการพัฒนาคุณลักษณะด้านหัวใจความเป็นมนุษย์ผ่านทางกิจกรรมพัฒนานักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลแห่งนี้ได้กำหนดแผนปฏิบัติการประจำปี ในกิจกรรมสืบสานประเพณีและวันสำคัญทางวิชาชีพ และกิจกรรมเตรียมความพร้อมสู่การสำเร็จการศึกษา และตระหนักถึงการให้บริการที่ดีมีหัวใจความเป็นมนุษย์ (BCNNON, 2024a) นักศึกษาทุกคนจะได้รับการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยระบบครอบครัวเสมือนซึ่งเป็นหนึ่งในกลวิธีการพัฒนาอัตลักษณ์ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีการวิจัยพบว่าเป็นวิธีการพัฒนาอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ ส่งผลให้บัณฑิตมีการคิดวิเคราะห์สังเคราะห์ด้วยหลักเหตุผลรู้และเข้าใจตนเอง และเข้าใจผู้อื่นเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และมีพฤติกรรมการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง (Sansuk et al., 2016)

เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าคุณลักษณะที่มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้สูงที่สุด คือ การเข้าใจจิตใจของผู้ป่วยมีความสำคัญ กล่าวได้ว่านักศึกษามีแนวโน้มให้ความสำคัญกับความรู้และทักษะทางปัญญากับคุณค่าทางวิชาชีพไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน คุณค่า (Values) เป็นนามธรรมที่เกิดคุณงามความดี มีคุณมีประโยชน์ ประจำอยู่ในสิ่งของ เรื่องราว หรือบุคคล ที่มนุษย์นิยมถือเป็นอุดมคติ หลักการและแนวทาง ช่วยคัดเลือกตัดสินใจกำหนดและประเมินความประพฤติหรือพฤติกรรม หรือการประกอบกิจกรรมด้านต่าง (Atta et al., 2024) คุณค่าทางวิชาชีพ (Nursing values) คือ มาตรฐานและหลักการที่วิชาชีพพยาบาลให้ความสำคัญ ซึ่งพยาบาลมีความเชื่อถือนำไปปฏิบัติตามในบทบาทของตนเอง ในการให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณธรรม (Indeed Editorial Team, 2025) คุณค่าทางวิชาชีพที่สำคัญซึ่งเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ได้แก่ การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity) ความซื่อสัตย์(Integrity) การเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น (Altruism) และความยุติธรรม (Justice) (Schmidt, 2017)

ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ยิ่งเรียนฉันยิ่งรู้สึว่าตัวเองเป็นคนยิ่งใหญ่ขึ้นทุกที (Mean=2.73, SD=1.10) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของการศึกษาพยาบาลที่ดำเนินการเพื่อทำให้นักศึกษาเข้าใจแนวคิดคุณค่าทางวิชาชีพการพยาบาล (Professional nursing values) ของ Schmidt (2017) ที่ประกอบด้วย การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความซื่อสัตย์ การเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น และความยุติธรรม ซึ่งถือเป็นรากฐานทางจริยธรรมของวิชาชีพ สถาบันการศึกษาพยาบาลสร้างให้นักศึกษาเข้าใจและยอมรับจุดอ่อนของตนเอง ซึ่งมีพื้นฐานเบื้องต้นมาจากการเข้าใจและยอมรับความเป็นมนุษย์ของตนเอง ที่ย่อมมีความผิดพลาดบกพร่องที่ต้องการการโอกาสที่จะแก้ไขปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น เมื่อนักศึกษาเข้าใจและยอมรับความเป็นจริงของความเป็นมนุษย์ของตนเองแล้ว ย่อมเข้าใจได้ว่าผู้ป่วยซึ่งเป็นมนุษย์ปุถุชนเช่นเดียวกัน ย่อมมีความผิดพลาดบกพร่องในเรื่องการดูแลสุขภาพ และต้องการโอกาสที่จะแก้ไขปรับปรุงการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น อันนำไปสู่

มุมมองที่อ่อนโยนต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน สอดคล้องกับที่ นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้กล่าวว่า แกนกลางของ การศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์คือการศึกษาให้เข้าใจเพื่อนมนุษย์และเข้าใจตัวเอง (Wasi, 2006) สถาบันการศึกษาพยาบาลไม่ได้สร้างให้นักศึกษาพยาบาลเป็นผู้สั่งการพยาบาล แต่สร้างให้ นักศึกษาได้ทำให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการให้การพยาบาลด้วยความเข้าใจเพื่อนมนุษย์อย่างแท้จริง

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีเพศ ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม แตกต่างกัน พบว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยการ รับรู้คุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สูงกว่าเพศชาย ชั้นปีที่ 4 มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 3 ชั้นปีที่ 2 และ ชั้นปีที่ 1 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับประสบการณ์ใน หลักสูตรที่มุ่งเน้นถึงการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และ ความเอื้ออาทร ตลอดจนได้รับประสบการณ์ในกิจกรรมพัฒนานักศึกษา ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ในการเตรียมความพร้อมในการปรับตัว เข้าสู่การเรียนตามโครงการเตรียมความพร้อม การได้รับประสบการณ์ในกิจกรรมสืบสานประเพณีและวัน สำคัญทางวิชาชีพ และกิจกรรมเตรียมความพร้อมสู่การสำเร็จการศึกษา และตระหนักถึงการให้บริการที่ดี มีหัวใจความเป็นมนุษย์ ในชั้นปีที่ 4 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้จะได้รับการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยระบบ ครอบครัวยุคใหม่ การจัดการเรียนการสอนที่มีทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลองและภาคปฏิบัติ ซึ่งจำนวนชั่วโมงของ วิชาปฏิบัติการพยาบาลจะเพิ่มขึ้นตามชั้นปีที่สูงขึ้น การที่นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติทำให้นักศึกษาได้เกิดการ เปลี่ยนแปลงภายในตนทำให้รับรู้คุณลักษณะด้านหัวใจความเป็นมนุษย์สูงขึ้น (Sroysungwan, 2022) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Worawong et al. (2019) ที่พบว่าเมื่อนักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติการ พยาบาลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวกต่อผู้รับบริการ และการศึกษาของ Udomluck et al. (2015) ที่พบว่าการจัดกิจกรรมทั้งด้านการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมพัฒนานักศึกษาช่วยส่งเสริมอัตลักษณ์ การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

กลุ่มตัวอย่างที่มีเกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 3.51-4.00 มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ เกรดเฉลี่ย สะสมระหว่าง 3.01-3.50, 2.51-3.00 และ 2.00-2.50 ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มในทางเดียวกันของ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ที่มีความเข้าใจถึงมโนทัศน์สำคัญของการพยาบาลที่คำนึงความเป็นองค์รวมของ ผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ความเป็นองค์รวมเป็นมโนทัศน์สำคัญของ คุณลักษณะด้านหัวใจความเป็นมนุษย์ เนื่องจาก บริการแบบองค์รวม (Holistic service) คือ การดูแล ผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดย คำนึงถึงองค์ประกอบ ความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็น หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ด้านให้มีภาวะสมดุล (Busayaris & Saengsastra, 2022) อีกทั้งมโนทัศน์สำคัญของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่ปรากฏในลักษณะวิชา ทางการพยาบาลจำนวน 13 รายวิชาในหลักสูตรได้ระบุมโนทัศน์การพยาบาลแบบองค์รวมควบคู่กับการบริการ หัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นผลให้การเรียนภาคทฤษฎี และการจัดประสบการณ์ภาคปฏิบัตินอกจากจะมีการ ประเมินและวางแผนแก้ไขปัญหาทางด้านร่างกาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิดปกติของการทำหน้าที่ในระบบต่าง ๆ แล้ว จะต้องมีการพิจารณาถึงปัญหาและการช่วยเหลือในปัญหาทางด้านจิตใจ สังคม และด้านจิตวิญญาณ ที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วยดังกล่าวด้วยนั่นเอง

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีการรับรู้คุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง ชั้นปีที่สูง เกรดเฉลี่ยสะสมที่สูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณลักษณะด้านการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สูงกว่ากลุ่มอื่น แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณลักษณะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การเข้าใจจิตใจของผู้ป่วยมีความสำคัญ ดังนั้นจึงควรมีจัดทำแนวทางการจัดการเรียนการสอนที่สอดแทรกการดูแลทางด้านจิตใจผ่านการเรียนการสอนในห้องเรียนและกิจกรรมพัฒนานักศึกษา เพื่ออำนวยการรักษาและยกระดับการรับรู้คุณลักษณะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาในปีการศึกษาต่อ ๆ ไป

ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีศึกษาทดลองจัดกิจกรรมการเรียนการสอน และกิจกรรมพัฒนานักศึกษาที่มีผลต่อการพัฒนาคุณลักษณะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา อย่างมีประสิทธิภาพ และจัดทำแนวทางการจัดการเรียนการสอนและการจัดกิจกรรมพัฒนานักศึกษา เพื่ออำนวยการรักษาและยกระดับการรับรู้คุณลักษณะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาในปีการศึกษาต่อ ๆ ไป นอกจากนี้ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณลักษณะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล

References

- American Association of Colleges of Nursing. (2021). *The essentials: Core competencies for professional nursing education*.
<https://www.aacnnursing.org/Portals/0/PDFs/Publications/Essentials-2021.pdf>
- Atta, M. H. R., Hammad, H. A. H., & Elzohairy, N. W. (2024). The role of empathy in the relationship between emotional support and caring behavior towards patients among intern nursing students. *Bmc Nursing*, 23(1), 443. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02074-w>
- Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi. (2018). *Details of the Bachelor of Nursing Science Program (Revised Curriculum 2018)* [Unpublished document]. Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. (in Thai)
- Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi. (2022). *Details of the Bachelor of Nursing Science Program (Revised Curriculum 2022)* [Unpublished document]. Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. (in Thai)
- Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi. (2024). *Action plan for fiscal year 2024* [Unpublished document]. Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. (in Thai)
- Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi. (2024). *Self-assessment report for the academic year 2023, Bachelor of Nursing Science Program* [Unpublished document]. Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. (in Thai)

- Busayaris, C. & Saengsastra, S. (2022). *Holistic patient social care*. [Unpublished documents]. Thai Health Promotion Foundation (ThaiHealth).
<https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/6083233f-dfd1-ec11-80fa-00155db45613> (in Thai)
- Chirawatkul, S., Chinlumprasert, N., Songwathana, P., Deoisres, W., Fongkaew, W., & Rungreangkulkij, S. (2012). Nursing profession: A meaning in gender perspective. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 26(2), 26–41. (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using GPower 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–60. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Indeed Editorial Team. (2025, March 28). *What are nursing values? (Plus importance and examples)*. Indeed. <https://ca.indeed.com/career-advice/career-development/nursing-values>
- Juangpanich, U. (2007). Humanized health care... storytelling: Nursing care for cancer patients receiving chemotherapy. *Srinagarind Medical Journal*, 22(Suppl.), 51–4. (in Thai)
- Nawsuwan, K., Wisalaporn, S., & Sattayarak, W. D. (2014). Indicators development of nursing students' identity. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 7(3), 59–73. (in Thai)
- Reyes-Téllez, Á., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., Martínez-García, E., & García-García, I. (2024). Humanization of nursing care: A systematic review. *Frontiers in Medicine*, 11, 1–13. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701>
- Sansuk, J., Somtua, N., & Chanda, S. (2016). Effects of simulated families on the persistent service-minded identity with a human heart in a community nurse production project for the community and by the community in Khon Kaen: An integrative study. *Journal of Nursing and Health Care*, 34(3), 140–6. (in Thai)
- Sattayasomboon, T., Kamwong, D., & Tunsuchart, K. (2024). Perceptions of preceptors and students towards humanized nursing care behaviors of students at Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 10(2), 195–205. (in Thai)
- Schmidt, B. J. (2017, July 27). *Professional nursing values: A concept analysis*. Wiley Online Library. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/ful/10.1111/nuf.12211>
- Siriraj Library. (n.d.). *Father's Teachings*. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. <https://medlib.si.mahidol.ac.th/th/page/page-20240419> (in Thai)
- Sroysungwan, T. (2022). Instructional design to develop humanistic care competencies: Experiences from teaching in the humanized care paradigm. *The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj*, 2(1), 13–23. (in Thai)
- Thongsom, P., Chanphet, A., Siriporn, L., & Hanbenjapong, C. (2020). Graduated identity development process of colleges under Praboromaratchanok Institute jurisdiction. *Journal of Health Science*, 29(3), 547–60. (in Thai)

- Udomluck, S., Vongchaiya, P., Tachawisad, S., & Sutjasakulrat, S. (2015). Humanized health care identity among graduates of Boromarajonani College of Nursing, Phayao. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health, 25*(3), 14–26. (in Thai)
- Wangthong, A., Wangthong, A., Watsen, T., & Suttarangsri, W. (2014). Clients' perspectives on humanized nursing care within a multicultural context: A case study of Nongjik District, Pattani Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 23*(3). 35–44. (in Thai)
- Wasi, P. (2006). *The second era of Thai public health: A health care system with a human heart (Humanized Health Care)*. Healthcare Accreditation Institute.
<https://pws.npru.ac.th/kanitta/data/files/Health%20care.pdf> (in Thai)
- Wiangperm, S., Pholkrathok, P., & Suemram, P. (2020). Learning experiences with caring in clinical practice among nursing students. *Regional Health Promotion Center 9 Journal, 14*(35), 348–61. (in Thai)
- Worawong, C., Karbmanee, N., Manasatchakun, P., & Khueansombat, T. (2019). development of community-based transformative learning model to enhance humanized care identity of nursing students. *Journal of Health Science of Thailand, 28*(Special Issue), 53–64. (in Thai)

การศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานแท่นนอกชายฝั่งอ่าวไทย

วิโรจน์ เลี้ยงวงษ์* นิสากร กรุงไกรเพชร** รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์**

บทคัดย่อ

บทนำ : พนักงานแท่นนอกชายฝั่งอ่าวไทยเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเผชิญสิ่งคุกคามด้านสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของพนักงานเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ปฏิบัติงานได้เต็มความสามารถ อันจะนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดต่อพนักงาน และองค์กร

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยทำนายที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานแท่นนอกชายฝั่งอ่าวไทย

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยเชิงปริมาณแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานแท่นนอกชายฝั่งอ่าวไทย จำนวน 154 คน ทำการสุ่มแบบชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สภาพงาน การสนับสนุนจากองค์กร ความเครียดจากงาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($M=2.42$, $SD=0.22$) ตำแหน่งงาน ($\beta=-0.202$, $p=.046$) สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 9.7 ($R^2=.097$, $F=1.151$, $p<.001$)

สรุปผล : พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพนักงานแท่นนอกชายฝั่งอ่าวไทยสามารถส่งเสริมโดยการใช้ตำแหน่งงานเป็นเกณฑ์หลักในการจำแนกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้พยาบาลประจำแท่นและองค์กรสามารถออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับข้อจำกัดของพนักงานแต่ละตำแหน่ง

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พนักงานแท่นนอกชายฝั่งอ่าวไทย เพนเตอร์โมเดล

* นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** อาจารย์ประจำภาควิชา สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : นิสากร กรุงไกรเพชร, E-mail address: nisakorn@buu.ac.th

A Study of Health Promotion Behavior and Factors Predicting Health Promotion Behavior Among Offshore Platform Workers in the Gulf of Thailand

Wirot Liangwong* Nisakorn Krungkraipetch** Rungrat Srisuriyawet**

Abstract

Background: Offshore platform employees in the Gulf of Thailand are considered a high-risk group for various health threats. Promoting healthy behaviors among these workers is crucial for maintaining optimal job performance, benefiting both employees and the organization.

Objectives: This study aimed to examine health-promoting behaviors and the factors that predict them among offshore platform employees in the Gulf of Thailand.

Methods: A predictive correlational research design was used. The sample consisted of 154 offshore platform employees selected through proportional stratified random sampling. The research instruments included questionnaires on personal information, working conditions, organizational support, job stress, perceived benefits of action, perceived barriers to action, self-efficacy, and health-promoting behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Results: Overall, the participants demonstrated a very good level of health-promoting behaviors ($M=2.42$, $SD=0.22$). The job position was a statistically significant predictor of health-promoting behaviors ($\beta=-0.202$, $p=.046$), explaining 9.7% of the variance ($R^2=.097$, $F=1.151$, $p<.001$).

Conclusion: Health-promoting behaviors among offshore platform employees in the Gulf of Thailand can be enhanced by using job position as a key criterion for targeting the appropriate group. This approach enables platform nurses and organizations to design appropriate health promotion activities that align with the limitations and needs of each job position.

Keywords: Predictive factors, health-promoting behaviors, offshore platform employees, Pender's health promotion Model

* Graduate Student, Community Nurse Practitioner Program, Faculty of Nursing, Burapha University

** Lecturer, Department of Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

Corresponding Author: Nisakorn Krungkraipetch, E-mail address: nisakorn@bua.ac.th

บทนำ

พนักงานแท่นนอกชายฝั่ง เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานบนแท่นขุดเจาะหรือแท่นผลิตปิโตรเลียมกลางทะเล เช่น ในอ่าวไทย โดยมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสำรวจ ขุดเจาะ ผลิต และบำรุงรักษาทรัพยากรพลังงาน เช่น น้ำมันดิบและก๊าซธรรมชาติ พนักงานกลุ่มนี้ประกอบด้วยหลายตำแหน่ง เช่น วิศวกร ช่างเทคนิค เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย พ่อครัว และพนักงานสนับสนุนอื่น ๆ ที่ต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้ระบบการผลิตดำเนินไปอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ การทำงานเป็นแบบหมุนเวียน (rotation) โดยต้องอยู่บนแท่นติดต่อกันหลายวันในสภาพแวดล้อมที่แยกจากสังคมภายนอก มีพื้นที่จำกัด สภาพอากาศแปรปรวน และความเสี่ยงจากเครื่องจักรหรืออุบัติเหตุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sae-Jia and Sithisarankul (2020) พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานแท่นนอกชายฝั่งต้องทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง ลักษณะงานต้องอาศัยการตัดสินใจ และความรับผิดชอบสูง ทำให้พนักงานต้องมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง มีความพร้อมเหมาะสมกับงาน นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พนักงานฯ มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมและมีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รับประทานผัก และผลไม้ น้อย (Bernard et al., 2021) การไม่ออกกำลังกาย (Mehta et al., 2019) การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (Fereshteh et al., 2017) มีปัญหาด้านการนอน (Mette et al., 2018) จากปัญหาเสียงดัง แสงจ้า สั่นสะเทือน และการใช้ห้องนอนร่วมกัน (Garrido et al., 2018) และยังพบปัญหาภาวะสุขภาพจากการทำงานนอกชายฝั่งต่อเนื่องกันตามรอบการทำงาน ส่วนการทำงานเป็นกะที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าของพนักงาน (Arlinghaus et al., 2019) รวมไปถึงอาการเจ็บป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อ และระบบทางเดินอาหาร (Mette et al., 2018) มีภาวะน้ำหนักเกิน (Lailatuz & Novita, 2021) มีอาการวิตกกังวล และซึมเศร้า ส่งผลทำให้มีความเครียดสูง (Zezelj et al., 2019; Benson et al., 2021) พฤติกรรมและปัญหาสุขภาพนี้อาจส่งผลให้พนักงานไม่พร้อมต่อการทำงาน

ระบบดูแลสุขภาพพนักงานบนแท่นนอกชายฝั่งมีข้อจำกัดด้านบุคลากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ และใช้เวลานานในการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาบนฝั่ง อีกทั้งการส่งตัวผู้ป่วยกลับมีค่าใช้จ่ายสูง (Sae-Jia & Sithisarankul, 2020) ดังนั้นพนักงานแท่นนอกชายฝั่งจึงต้องมีสมรรถภาพร่างกายต้องแข็งแรงพร้อมทำงานนอกชายฝั่งได้ และพร้อมตลอดช่วงระยะเวลาการทำงาน สามารถควบคุมโรคประจำตัวได้ ต้องมีใบรับรองว่าสามารถลงปฏิบัติงานนอกชายฝั่งได้ (Fit to work offshore certificate) และไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน (Alexandra et al., 2016) ซึ่งองค์กรมีมาตรการ และการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพ และความปลอดภัย (Acheampong & Kemp, 2022) เพื่อให้พนักงานมีสุขภาพดี และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง

การรับรู้ที่เหมาะสมจะสามารถกระตุ้นให้บุคคลพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เพราะเมื่อบุคคลเข้าใจถึงผลลัพธ์ของการกระทำอย่างถูกต้อง บุคคลนั้นจะเกิดแรงจูงใจในการปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น การรับรู้เชิงบวกจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมในทิศทางที่เหมาะสม และสร้างสรรค์ (Kongsamarn & Phumglin, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kudsaihaw and Srikuta (2022) พบว่าขณะที่การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้การสนับสนุนจากองค์กรจากเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน และนโยบายส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรม (Mette et al., 2018) โดยเฉพาะสภาพงาน เช่น ลักษณะการทำงานที่มีความกดดัน การทำงานเป็นรอบหมุนเวียน และความเสี่ยงตามตำแหน่งงาน ส่งผลกระทบต่อความเครียด ปัญหาการนอน และพฤติกรรมทางโภชนาการที่ไม่ดีของพนักงาน (Bernard et al., 2021) ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานแท่นนอกชายฝั่ง ได้แก่ พนักงานที่อายุน้อยไม่ออกกำลังกาย สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริม

สุขภาพ (Mette et al., 2018; Kongsamarn & Phumglin, 2016) และโรคประจำตัว สามารถพยากรณ์ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ (Puengket et al., 2022) การรับรู้ปัจจัยเหล่านี้จะนำไปสู่การพัฒนา กลยุทธ์เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืน ดังนั้นการดูแล พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นวิธีการสำคัญในการป้องกันการเจ็บป่วยจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งครอบคลุม พฤติกรรมดูแลตนเอง 6 ด้าน ตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการ เจริญทางจิตวิญญาณ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการจัดการความเครียด (Pender et al., 2006) ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพพนักงานนั้นทำให้คุณภาพชีวิตของพนักงานดียิ่งขึ้น (Bernard et al., 2021)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานแท่นนอกชายฝั่งนั้น ยัง ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพนักงานที่ทำงานนอกชายฝั่งอ่าวไทย พบว่าส่วนใหญ่มี การศึกษาพนักงานนอกชายฝั่งต่างประเทศ ผลการศึกษาพบว่าพนักงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด (Mette et al., 2018) นอกจากนี้ พนักงานเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพเป็นจำนวนน้อย (Alexandra et al., 2016) ทำให้ เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวบุคคล และองค์กร เช่น พนักงานขาดรายได้เมื่อเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายสูงในการส่งกลับ ฝั่ง (Toner et al., 2017) สิ่งเหล่านี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อลด ความเสี่ยงต่อพนักงาน ทำให้พนักงานไม่ขาดรายได้ และลดรายจ่ายให้กับองค์กร

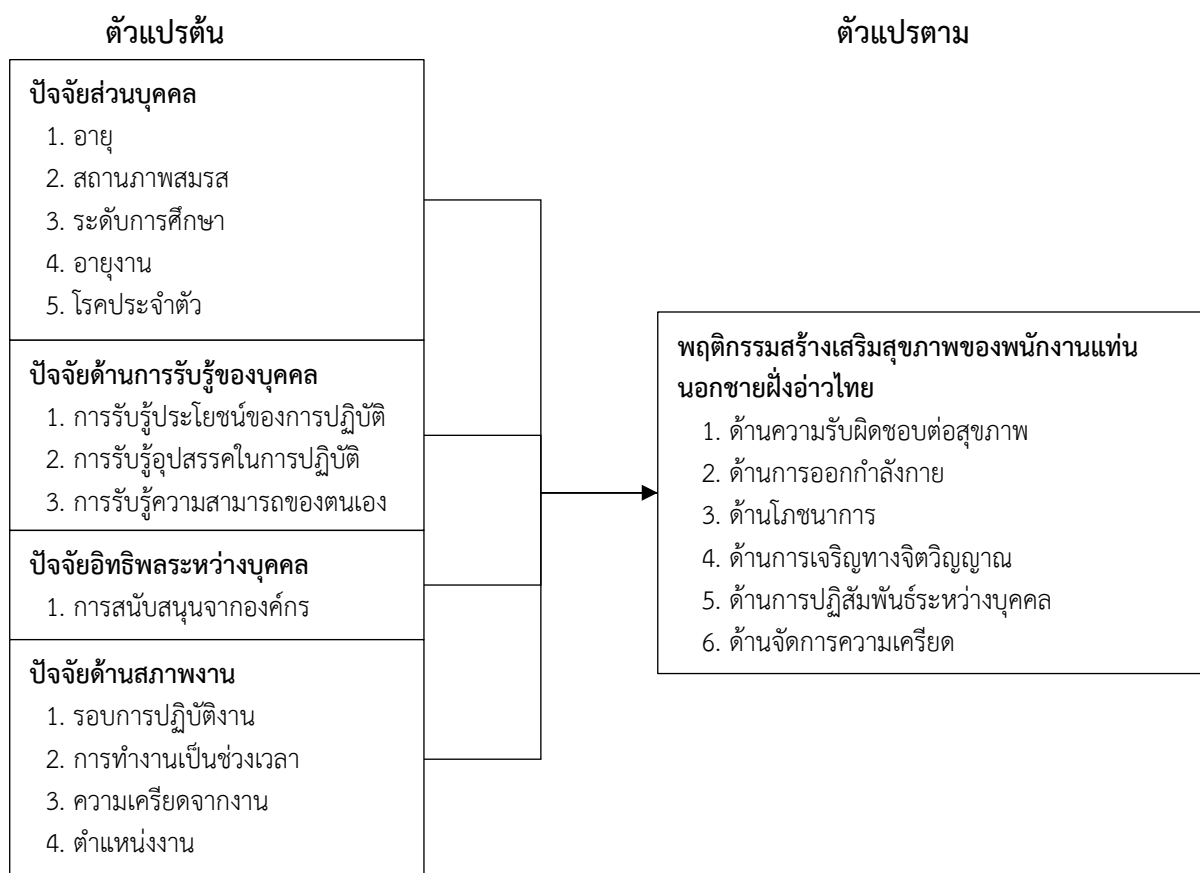
การส่งเสริมให้พนักงานมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรค หรือลดความเสี่ยง ต่อสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยสนับสนุน หรือปัจจัยขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น จากแนวคิดการสร้างเสริม สุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ได้อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ลักษณะเฉพาะ และประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุ งาน และโรคประจำตัว ส่วนการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล และสภาพงาน ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่องค์กร สามารถนำไปใช้ในการวางแผนจัดการด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานแท่นนอกชายฝั่งอ่าวไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถ นำไปใช้ในการพัฒนากิจกรรมหรือโครงการในการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับพนักงานแท่นนอกชายฝั่ง อ่าวไทย และส่งเสริมให้พนักงานมีสุขภาพที่ดี สามารถทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ อันจะนำมาซึ่ง ประโยชน์สูงสุดต่อทั้งพนักงาน และองค์กร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานแท่นนอกชายฝั่งอ่าวไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุงาน โรคประจำตัว ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง และปัจจัยสภาพงาน ได้แก่ รอบการปฏิบัติงาน การทำงานเป็นช่วงเวลา และตำแหน่งงาน ความเครียดจากงาน การสนับสนุนจาก องค์กร ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานแท่นนอกชายฝั่งอ่าวไทย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ที่อธิบายว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการจัดการความเครียด โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎี ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอำนาจการร่วมทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุงาน โรคประจำตัว ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง และปัจจัยสภาพงาน ได้แก่ รอบการปฏิบัติงาน การทำงานเป็นช่วงเวลา และตำแหน่งงาน ความเครียดจากงาน การสนับสนุนจากองค์กร ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานแท่นนอกชายฝั่งอ่าวไทย รายละเอียดดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) ของปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานแท่นนอกชายฝั่งอ่าวไทย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างช่วงเดือนสิงหาคม-เดือนกันยายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานที่ปฏิบัติงานแทนชุมชนทางตอนอกชายฝั่งอ่าวไทยแห่งหนึ่ง จำนวน 250 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานที่ปฏิบัติงานแทนชุมชนทางตอนอกชายฝั่งอ่าวไทย คำนวณจากการเทียบสัดส่วนของประชากรแบบเปิดตาราง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ .80 และค่า Effect size ขนาดเล็ก เมื่อแทนค่าในสูตร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน และเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Little & Rubin, 2019) รวมเป็น 154 ราย ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วน (Proportional stratified random sampling) เทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากขนาดของประชากรในแต่ละฝ่ายที่ปฏิบัติงาน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แบบจับฉลากไม่ใส่คืน จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นพนักงานทำงานแทนนอกชายฝั่งอ่าวไทย ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในแทน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และ 2) บริษัท และพนักงานยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ พนักงานไม่อยู่ระหว่างการปฏิบัติงานในช่วงการเก็บข้อมูล ได้แก่ หหมดสัญญาจ้าง หรือถูกย้ายให้ไปทำงานที่อื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุงาน และโรคประจำตัว ลักษณะของแบบสอบถามเป็นปลายเปิด และเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยสภาพงาน ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมบริบทที่สามารถเอื้อ หรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย รอบการปฏิบัติงาน การทำงานเป็นช่วงเวลา และตำแหน่งงาน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบปลายปิด จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนจากองค์กร ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมองค์กรรมมีบทบาทในการส่งเสริม ผลักดัน กระตุ้นให้พนักงานปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพดี มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน ตามการรับรู้ของพนักงาน รวมถึงการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสนับสนุนให้พนักงานเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแก่พนักงาน ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ 4 คะแนน มากที่สุด 3 คะแนน มาก 2 คะแนน น้อย และ 1 คะแนน น้อยที่สุด การแปลผลคะแนนรวมสูง หมายถึง พนักงานที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับสูง

ส่วนที่ 4 ความเครียดจากงาน ใช้แบบสอบถามประเมินความเครียดจากการทำงาน ที่พัฒนาโดย Phakthongsuk and Aphakapunakul (2005) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาภายใต้แนวคิดของ Robert et al. (1998) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 องค์ประกอบ จำนวนข้อคำถาม จำนวน 45 ข้อ การแปลผลตามแบบของ Phuetphon (2019) โดยในการประเมินความเครียดจากงานตามรูปแบบจำลองความต้องการของงานการควบคุมงาน (Job Demand Control Model) พิจารณาคะแนนที่ได้จาก 2 องค์ประกอบ คือ ด้านการควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงาน และด้านข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตใจ เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามในข้อ 1-31 โดยแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ 4 คะแนน มากที่สุด 3 คะแนน มาก 2 คะแนน น้อย และ 1 คะแนน น้อยที่สุด และเกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามในข้อ 32-45 ดังนี้ 4 คะแนน เป็นปัญหามาก 3 คะแนน เป็นปัญหาน้อย 2 คะแนน เป็นปัญหาพอใช้ และ 1 คะแนน ไม่เป็นปัญหาแปลผล ดังนี้ 1) งานเครียดน้อย หรืองานสบาย (high job control) มีคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับค่ากลางของข้อมูล (median) และสภาวะที่พนักงานมีอำนาจหรือมีส่วนร่วมน้อยมากในการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการ

ทำงาน (low job control) มีคะแนนน้อยกว่าค่ากลางของข้อมูล และ 2) ภาระความต้องการทางจิตใจในการทำงานสูง (high psychological job demand) มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับค่ากลางของข้อมูล และภาระความต้องการทางจิตใจในการทำงานต่ำ (low psychological job demand) มีคะแนนน้อยกว่าค่ากลางของข้อมูล

ส่วนที่ 5 ด้านการรับรู้ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

1) การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การคาดหวังประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นแรงเสริมทำให้พนักงานเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เกิดประโยชน์ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านค่าใช้จ่าย ด้านภาพลักษณ์ ได้รับการยอมรับ และการยกย่องจากองค์กร จำนวน 14 ข้อ 2) การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมสิ่งกีดขวางที่ทำให้พนักงานไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความขี้เกียจ ไม่มีเวลา ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวก ค่าใช้จ่ายสูง สภาพอากาศไม่ดี และความยุ่งยากต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ และ 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมความสามารถของพนักงานที่จะกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมในสถานการณ์ที่แตกต่างหลากหลาย และมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ รวมถึงการกระทำที่พนักงานเอาใจใส่ดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ได้แก่ สามารถเลือกสิ่งที่มีประโยชน์ได้ ตัดสินใจได้ แยกแยะถึงสิ่งที่ประโยชน์ได้ สามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำได้ตามกำหนดเวลา จำนวน 15 ข้อ โดยแบบสอบถามเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert's scale) 5 ระดับ ดังนี้ 5 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน เห็นด้วยมาก 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน เห็นด้วยน้อย และ 1 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด แปลผลคะแนนรวมที่สูง หมายถึง พนักงานมีการรับรู้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูง

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพนักงานแทนนอกชายฝั่งอ่าวไทย โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ Phuchongchai and Plai-rhan (2018) ตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ครอบคลุมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน จำนวน 50 ข้อ โดยแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ 2 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 1 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และ 0 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยเกณฑ์การแปลผลระดับของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม และรายด้าน พิจารณาตามเกณฑ์ค่า ดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ย 0.00-0.60 คือ ระดับไม่ดีย่างยิ่ง 2) ค่าเฉลี่ย 0.61-1.20 คือ ระดับไม่ดี 3) ค่าเฉลี่ย 1.21-1.80 คือ ระดับพอใช้ 4) ค่าเฉลี่ย 1.81-2.40 คือ ระดับดี และ 5) ค่าเฉลี่ย 2.41-3.00 คือ ระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลอาชีวอนามัยประจำแทนนอกชายฝั่ง อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย แบบสอบถามประกอบด้วย การสนับสนุนจากองค์กร การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสภาพงาน เท่ากับ 0.86, 0.78, 0.80 และ 1 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพด้านความเชื่อมั่น (Reliability) หาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับพนักงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ทำงานแทนนอกชายฝั่ง จำนวน 30 คน จากการทดลองใช้แบบสอบถามการสนับสนุนจากองค์กร แบบสอบถามความเครียดจากงาน แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริม

สุขภาพ พบว่า แบบสอบถามทั้ง 6 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93, 0.98, 0.93, 0.95, 0.97 และ 0.96 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการ G-HS129/2566 ใบรับรองเลขที่ IRB3-011/2567 อนุมัติวันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และจะเสนอผลเป็นภาพรวม พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยให้ทราบ แล้วจึงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบแสดงความยินยอม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากจัดทำเอกสารชี้แจงกับทางบริษัทต้นสังกัด และหัวหน้าแทน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในพนักงานแทนนอกชายฝั่งอ่าวไทย หลังจากผู้วิจัยได้รับความยินยอม ผู้วิจัยได้เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามในระบบออนไลน์ โดยผ่านแบบฟอร์มออนไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุงาน และโรคประจำตัว โดยหาจำนวน และร้อยละ
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ และอำนาจการทำนายระหว่างตัวแปรทำนายทั้งหมด โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ การเลือกตัวแปรโดยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด ดังนี้ ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนจากองค์กร และความเครียดจากการทำงาน และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีระดับการวัดเป็นมาตราแบบช่วง (Interval) ส่วนตัวแปรอิสระที่มีระดับการวัดเป็นมาตราแบบนามบัญญัติ (Nominal) หรือมาตราลำดับ (Ordinal scale) ได้แก่ สถานภาพสมรส อายุงาน โรคประจำตัว รอบการปฏิบัติงาน การทำงานเป็นช่วงเวลา และตำแหน่งงาน ผู้วิจัยได้แปลงข้อมูลเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) คือ มีค่า 0 กับ 1 ก่อนนำไปวิเคราะห์
3. ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่าจากการทดสอบความผิดปกติของข้อมูล (Outlier) การแจกแจงแบบปกติ (Normality distribution) ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามในทุก ๆ ค่าของตัวแปรต้น (Assumption of homoscedasticity) และความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระกัน (Autocorrelation) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานแทนนอกชายฝั่งมีอายุเฉลี่ย 40.19 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.2 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 37 รองลงมาเป็นระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 29.9 มีประสบการณ์ทำงานนอกชายฝั่งเฉลี่ย 11.74 ปี รองลงมา มีประสบการณ์ทำงานนอกชายฝั่งประมาณ 1-10 ปี ร้อยละ 39 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.1

ปัจจัยด้านสภาพงาน กลุ่มตัวอย่างมีรอบการปฏิบัติงาน 2-4 สัปดาห์ และหยุดพัก 2 สัปดาห์ ร้อยละ 66.9 ทำงานเฉพาะช่วงกลางวัน ร้อยละ 66.2 และส่วนใหญ่มีระดับตำแหน่งงานเป็นระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 73.4 ปัจจัยด้านความเครียดจากงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มงานไม่เครียด ร้อยละ 69.5 และจัดอยู่ในกลุ่มงานเครียด ร้อยละ 30.5 และปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กร และการรับรู้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับสูง คะแนนรวมเฉลี่ย 50.50 การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง คะแนนรวมเฉลี่ย 59.32 รับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง คะแนนรวมเฉลี่ย 59.54 และรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คะแนนรวมเฉลี่ย 33.33 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการสนับสนุนจากองค์กร ระดับการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค และรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (n=154 คน)

ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร และปัจจัยด้านการรับรู้	M	SD	แปลผล
การสนับสนุนจากองค์กร	50.50	3.52	สูง
การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	59.32	3.89	สูง
การรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	59.54	3.40	สูง
การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	33.33	9.51	ต่ำ

ด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าพนักงานแทนนอกชายฝั่งมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (M=2.42, SD=0.22) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามี 3 ด้าน อยู่ในระดับดีมาก ประกอบด้วย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (M=2.71, SD=0.39) ด้านการจัดการกับความเครียด (M=2.71, SD=0.29) และด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (M=2.66, SD=0.32) ตามลำดับ และด้านที่มีคะแนนต่ำสุด คือด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (M=2.37, SD=0.51) ด้านการออกกำลังกาย (M=2.23, SD=0.43) และด้านโภชนาการ (M=1.97, SD=0.42) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพนักงานแทนนอกชายฝั่งในแต่ละด้าน (n=154 คน)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	M	SD	ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	2.71	0.39	ดีมาก
ด้านการจัดการกับความเครียด	2.71	0.29	ดีมาก
ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	2.66	0.32	ดีมาก
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.37	0.51	ดี
ด้านการออกกำลังกาย	2.23	0.43	ดี
ด้านโภชนาการ	1.97	0.42	ดี
ภาพรวม	2.42	0.22	ดีมาก

ผลการวิเคราะห์สถิติการถดถอยพหุคูณ การเลือกตัวแปรโดยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุงาน และโรคประจำตัว ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ ด้านการสนับสนุนจากองค์กร และปัจจัยด้านสภาพงาน ได้แก่ รอบการปฏิบัติงาน การทำงานเป็นกะ ความเครียดจากงาน และตำแหน่งงาน ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานแทนนอกชายฝั่งอ่าวไทย พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรม

สร้างเสริมสุขภาพได้ 1 ตัวแปรคือ ตำแหน่งงาน ($\beta = -0.202$, $p = .046$) สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 9.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .097$, $F = 1.151$, $p = .046$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยของปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานแท่นนอกชายฝั่งอ่าวไทย (n=154 คน)

ตัวแปรทำนาย	b	S.E.(b)	Beta	t	p-value
ตำแหน่งงาน	5.142	2.550	-0.202	-2.017	.046
ค่าคงที่	198.20	28.33	-	6.99	<.001

$R^2 = .097$, $R^2_{adj} = .013$, $F = 1.151$, $p = .046$

สามารถเขียนในรูปแบบสมการถดถอยได้ดังนี้

$$\text{สมการ} \quad Y = a + bx_1 + bx_2 + \dots + bx_n$$

$$Y_{\text{พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ}} = 198.20 - 0.202x_{\text{ตำแหน่งงาน}}$$

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานแท่นนอกชายฝั่งอ่าวไทย

จากการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานแท่นนอกชายฝั่งอ่าวไทย พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานแท่นนอกชายฝั่งอ่าวไทยอยู่ในระดับดีมาก สามารถอภิปรายได้ว่าพนักงานที่ทำงานนอกชายฝั่ง มีรูปแบบการทำงานร่วมกันหลากหลายหน้าที่ในแท่นเดียวกัน ซึ่งอาศัยอยู่ในที่พัก และที่ทำงานพื้นที่เดียวกัน แม้งานบนแท่นมีความเสี่ยงสูง และข้อจำกัดต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นให้พนักงานเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้พนักงานต้องให้ความสำคัญกับความปลอดภัย และสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับ Mette et al. (2018) ที่พบว่าพนักงานนอกชายฝั่ง มีสุขภาพจิต และสุขภาพกายที่ดี เนื่องจากมาตรฐานด้านสุขภาพที่เข้มงวดในการทำงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Asare et al. (2023) ที่พบว่าพนักงานมีสุขภาพกายที่ดี ร้อยละ 91.2 เนื่องจากข้อกำหนดในการคัดเลือกบุคคลเข้าทำงานที่เข้มงวด และมาตรฐานด้านสุขภาพ และความปลอดภัยที่เข้มงวดในสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความเสี่ยงสูง ทำให้พนักงานกลุ่มนี้ต้องรักษาความแข็งแรงของร่างกาย และจิตใจอย่างต่อเนื่อง

การศึกษานี้ยังพบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพบางด้านมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านอื่น ๆ คือด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และด้านโภชนาการ ที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Parkes et al. (2017) พบว่าพนักงานนอกแท่นนอกชายฝั่งมักมีปัญหาด้านการนอนหลับ การสูบบุหรี่ และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงที่หยุดงาน รวมถึงมีปัญหาหน้าหนักตัวเกินเกณฑ์ โภชนาการไม่ดี และการขาดกิจกรรมทางกาย เพื่อให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นไปอย่างยั่งยืน ควรให้พยาบาลประจำแท่นมีบทบาทเชิงรุกในการจัดกิจกรรม หรือให้ความรู้เพื่อสร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยเน้นไปที่การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย และจัดโภชนาการที่เหมาะสม

2. การศึกษาอำนาจการทำนายพบว่า ตำแหน่งงาน ($\beta = -0.202$, $p = .046$) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 9.7 ($R^2 = .097$, $F = 1.151$, $p = <.001$) โดยพนักงานในระดับปฏิบัติการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีกว่าพนักงานระดับหัวหน้างาน สามารถอธิบายได้ว่า พนักงานระดับปฏิบัติการต้องเผชิญกับ ความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกาย และจิตใจ เนื่องจากงานซ้ำ

ๆ และแรงกดดัน รวมถึงต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ทำลายทางกายภาพมากกว่าหัวหน้างาน (Bernard et al., 2021) จำเป็นต้องมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งบนแท่นนอกชายฝั่งมีภาวะเครียดด้านความปลอดภัยที่เข้มงวด ส่งผลให้พนักงานทุกคนต้องดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และการเจ็บป่วย เพื่อให้มีร่างกายพร้อมทำงานเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kasempipatpong and Sutheeprasert (2015) ที่พบว่าตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Mette et al. (2018) พบว่าตำแหน่งงาน ปัจจัยด้านงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษา Kongsamarn and Phumglin (2016) ที่พบว่าตำแหน่งงานไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้บริบทของงาน และลักษณะทางกายภาพของแต่ละตำแหน่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างกันไป และการศึกษาของ van Heijster et al. (2021) ที่พบว่าตำแหน่งงาน หรือระดับหน้าที่ในองค์กรไม่มีผลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ แม้ว่าพนักงานจะอยู่ในตำแหน่งใด การรับรู้สุขภาพตนเองและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

แต่อย่างไรก็ตามในส่วนของปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายได้ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานแท่นนอกชายฝั่งอ่าวไทยได้ เนื่องจากบริบท และสภาพแวดล้อมของแท่นนอกชายฝั่งมีภาวะเครียด สวัสดิการ และตารางชีวิตที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้พนักงานทุกคนต้องปรับตัว และดูแลสุขภาพไปในทิศทางเดียวกันเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน ส่งผลให้ความแตกต่างทางภูมิหลังส่วนบุคคลไม่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ และการสนับสนุนจากองค์กรไม่สามารถทำนายพฤติกรรมได้ เนื่องจากอิทธิพลของระบบจัดการบนแท่นนอกชายฝั่งมีความเข้มข้นสูง โดยองค์กรจัดสรรทรัพยากรให้ทุกคนเท่าเทียมกัน และจัดอุปสรรคต่าง ๆ ออกไป ทำให้พนักงานมีการรับรู้ประโยชน์สูง และรับรู้อุปสรรคต่ำในระดับที่ใกล้เคียงกัน และปัจจัยด้านสภาพงานไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากพนักงานทุกคนถูกขับเคลื่อนด้วยความจำเป็นที่ต้องพร้อมปฏิบัติงานตลอดเวลาเหมือนกัน ประกอบกับระบบสนับสนุนขององค์กรที่เข้มแข็งช่วยลดทอนผลกระทบจากความเครียด ทำให้พนักงานทุกกลุ่มสามารถดูแลสุขภาพได้ดีในระดับเดียวกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของพนักงานแท่นนอกชายฝั่งอ่าวไทยอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากปัจจัยด้านอิทธิพลของสภาพงาน ที่มีสภาพแวดล้อมการทำงานมีความเสี่ยงสูง และมีพื้นที่จำกัด จึงเป็นแรงกระตุ้นให้พนักงานตระหนักถึงความปลอดภัยและการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามตำแหน่งงานถือเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างในด้านลักษณะงาน ภาระความรับผิดชอบ ความเครียด และการเข้าถึงทรัพยากร แม้ภาพรวมจะอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ยังคงพบประเด็นที่ควรได้รับการส่งเสริมเพิ่มเติม โดยเฉพาะด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และด้านโภชนาการ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ๆ อันเนื่องมาจากการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ เช่น ระยะเวลาการทำงานที่ยาวนาน และความห่างไกลจากบุคลากรทางการแพทย์ และครอบครัว ดังนั้น เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพเกิดประสิทธิผลสูงสุด องค์กรและพยาบาลประจำแท่นควรใช้ตำแหน่งงานเป็นเกณฑ์หลักในการจำแนกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อออกแบบกิจกรรมเชิงรุกที่สอดคล้องกับข้อจำกัด และวิถีชีวิตของพนักงานแต่ละตำแหน่ง โดยมุ่งเน้นการลดอุปสรรค และเสริมสร้างพฤติกรรมในด้านที่ยังมีค่าเฉลี่ยต่ำ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและเหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์กรที่เกี่ยวข้องกับพนักงานแท่นนอกชายฝั่ง ควรให้ความสำคัญกับนโยบายด้านสุขภาพของพนักงานโดยการจัดการพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนของพฤติกรรมที่ยังทำได้น้อย คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ, ด้านการออกกำลังกาย และด้านโภชนาการ โดยจัดโปรแกรมเชิงรุกเพื่อลดอุปสรรค เน้นการให้ความรู้ และการสนับสนุนเฉพาะด้าน เช่น จัดตารางออกกำลังกายที่เหมาะสม จัดเมนูโภชนาการสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่าย และส่งเสริมการปรึกษา และสื่อสารสุขภาพกับครอบครัวผ่านช่องทางที่เอื้ออำนวย

2. เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพประจำแท่นเสริมสร้างแรงตระหนักในส่วนพฤติกรรมโดยรวมที่ทำได้ดี คงไว้ซึ่งมาตรฐานด้านสุขภาพ และความปลอดภัยที่เข้มงวดขององค์กร

3. ตำแหน่งงานสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ จึงควรนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการจำแนกกลุ่มเป้าหมาย ออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้สอดคล้องกับภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบ และข้อจำกัดของหัวหน้างาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย และจัดทำแผนงานส่งเสริมสุขภาพที่มีความต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในพนักงานแท่นนอกชายฝั่งหลาย ๆ แท่น เปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานในช่วงทำงานที่แท่นนอกชายฝั่ง และในช่วงหยุดกลับไปพักบนฝั่ง เนื่องจากมีบริบทการใช้ชีวิตที่แตกต่างกันไปในหลาย ๆ ด้าน และมีปัจจัยหรือพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน

2. ศึกษาตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาทำนายพฤติกรรมสุขภาพตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว การประกอบอาชีพเสริมช่วงหยุดพัก และสัญญาการจ้างงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม และสามารถพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างรอบด้านยิ่งขึ้น

References

- Acheampong, T., & Kemp, A. G. (2022). Health, safety and environmental (HSE) regulation and outcomes in the offshore oil and gas industry: Performance review of trends in the United Kingdom Continental Shelf. *Safety Science*, 148, 105634. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105634>
- Alexandra, M. P., Rosalie, V. M., & Volker, H. (2016). Fitness to work: A comparison of European guidelines in the offshore wind industry. *International Maritime Health*, 67(4), 227–34. <https://doi.org/10.5603/MH.2016.0041>
- Arlinghaus, A., Bohle, P., Iskra-Golec, I., Jansen, N., Jay, S., & Rotenberg, L. (2019). Working Time Society consensus statements: Evidence-based effects of shift work and non-standard working hours on workers, family, and community. *Industrial Health*, 57(2), 184–200. <https://doi.org/10.2486/indhealth.SW-4>
- Asare, B. Y. A., Robinson, S., Powell, D., & Kwasnicka, D. (2023). Health and related behaviours of fly-in fly-out workers in the mining industry in Australia: A cross-sectional study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 96(1), 105–20. <https://doi.org/10.1007/s00420-022-01908-x>

- Benson, C., Dimopoulos, C., Argyropoulos, C. D., Mikellidou, C. V., & Boustras, G. (2021). Assessing the common occupational health hazards and their health risks among oil and gas workers. *Safety Science*, *140*(2021), Article 105284. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105284>
- Bernard, Y. A., Kwasnicka, D., Powell, D., & Robinson, S. (2021). Health and well-being of rotation workers in the mining, offshore oil and gas, and construction industry: A systematic review. *BMJ Global Health*, *6*(7), e005112. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005112>
- Fereshteh, B., Olaf, J., Fatemeh, M. N., Mostafa, Q., Morteza, M., Roksana, M., Aliasghar, F., Seyed A. S., Arezoo, H. R., & Farzad, S. (2017). Factors affecting health-promoting lifestyle profile in Iranian male seafarers working on tankers. *International Maritime Health*, *68*(1), 1–6. <https://doi.org/10.5603/IMH.2017.0001>
- Garrido, M. V., Mette, J., MacHe, S., Harth, V., & Preisser, A. M. (2018). Sleep quality of offshore wind farm workers in the German exclusive economic zone: A cross-sectional study. *BMJ Open*, *8*(11), e024006. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024006>
- Kasempipatpong, C., & Sutheeprasert, T. (2015). Factors related to health promotion and disease prevention behaviors of personnel at Chaophraya Yommarat hospital, Suphanburi province. *Journal of Health Science of Thailand*, *24*(1), 41–9. (in Thai)
- Kongsamarn, N., & Phumglin, P. (2016). *Factors associated with health-promoting behaviors among workers in establishments in Khao Yoi district, Phetchaburi province. Journal of the Office of Disease Prevention and Control Region 7 (Khon Kaen)*, *23*(1), 62–75. (in Thai)
- Kudsai khaw, P., & Srikuta, P. (2022). Factors related to health-promoting behaviors according to the 3 R's and 2 S's principles among personnel of the Nakhon Ratchasima Provincial Administrative Organization. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University*, *16*(2), 173–91. (in Thai)
- Lailatuz, N. Z., & Novita, D. C. (2021). Dietary intake and obesity in oil and gas workers: A literature review. *World Nutrition Journal*, *4*(2), 26–37. <https://doi.org/10.1079/BJN19920062>
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2019). *Statistical analysis with missing data* (3rd ed.). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119482260>
- Mehta, R. K., Smith, A., Williams, J. P., Camille, P. S., & Sasangohar, F. (2019). Investigating fatigue in offshore drilling workers: A qualitative data analysis of interviews. *IIE Transactions on Occupational Ergonomics and Human Factors*, *7*(1), 31–42. <https://doi.org/10.1080/24725838.2019.1593896>
- Mette, J., Garrido, M. V., Harth, V., Preisser, A. M., & Mache, S. (2018). Healthy offshore workforce? A qualitative study on offshore wind employees' occupational strain, health, and coping. *BMC Public Health*, *18*(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5085-0>

- Parkes, K. R. (2017). Work environment, overtime and sleep among offshore personnel. *Accident Analysis & Prevention, 99*, 383–8. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2015.11.022>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Prentice Hall.
- Phakthongsuk, P., & Aphakapunakul, N. (2005). *A project to test validity and adapt Karasek's job stress measurement instrument for Thai populations: Full report*. Office of the National Research Council of Thailand. (in Thai)
- Phuchongchai, T., & Phlai Rahan, S. (2018). Health promotion behaviors of people in Naphai sub-district Mueng Chaiyaphum district, Chaiyaphum province. *Journal of Nursing Therapy and Care, 36*(1), 119–26. (in Thai)
- Phuetphon, J. (2019). Risk factors of work stress among professional safety officers under the pandemic situation of coronavirus 2019 in Nakhon Pathom province. *Thai Journal of Ergonomics, 7*(1), 21–42. (in Thai)
- Puengket, Y., Boonprom, P., Morakot, N., & Thongkhaimuk, B. (2022). Factors related to health promoting behaviors of the employees in Phayathai district, Bangkok. *Journal of Health Science and Education, 7*(3), e-12648. <https://doi.org/10.61801/jhse.2022.7.3.12648> (in Thai)
- Sae-Jia, T., & Sithisarankul, P. (2020). Medical evacuations among offshore oil and gas industries in the Gulf of Thailand. *International Maritime Health, 71*(2), 114–22. <https://doi.org/10.5603/IMH.2020.0021>
- Toner, S., Andrée Wiltens, D. H., Berg, J., Williams, H., Klein, S., Marshall, S., Nerwich, N., & Copeland, R. (2017). Medical evacuations in the oil and gas industry: A retrospective review with implications for future evacuation and preventative strategies. *Journal of Travel Medicine, 24*(3), taw095. <https://doi.org/10.1093/jtm/taw095>
- van Heijster, H., Boot, C. R., Robroek, S. J., Oude Hengel, K., van Berkel, J., de Vet, E., & Coenen, P. (2021). The effectiveness of workplace health promotion programs on self-perceived health of employees with a low socioeconomic position: An individual participant data meta-analysis. *SSM-Population Health, 13*, 100743. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100743>
- Zezelj, S. P., Pelozza, O. C., Mika, F., Stamenkovic, S., Vranic, S. M., & Sabanagic, S. (2019). Anxiety and depression symptoms among gas and oil industry workers. *Occupational Medicine, 69*(1), 22–7. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy170>

สมรรถนะ และบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการเบาหวานในชุมชน

ปกครอง พงษ์พัฒนพิสิฐ* ปรีชยา แจ้งทวี* นภัสวรรณ นามบุญศรี* เสาวรส มีกุลศล*
วรรณวิไล อุตรวีเชียร* เซนจ์ ปรีเปรม* เวหา เกษมสุข* เอกพัชร เสี่ยงเทียน**

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่รุนแรงและซับซ้อนขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และสร้างภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในประเทศไทยพบความชุกเพิ่มขึ้นเช่นกัน จึงจำเป็นต้องพัฒนากลยุทธ์การจัดการโรคที่เน้นการป้องกันและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน รวมถึงแนวทางของโรคเบาหวานระยะสงบ ซึ่งมุ่งควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติ โดยไม่ต้องมีการใช้ยา

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับสมรรถนะและบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการเบาหวานโดยชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ศึกษาในผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 30 คน ผู้เข้าร่วมโครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สถาบันอุดมศึกษา หน่วยบริการปฐมภูมิ ประธานและกรรมการชุมชน และผู้เข้าร่วมโครงการ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : ผลการวิจัยพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินโครงการแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ชุมชน บุคลากรสุขภาพ วิชาการและประสานงาน และกลุ่มสนับสนุนด้านการเงิน ซึ่งแต่ละกลุ่มมีบทบาทแตกต่างกันในการขับเคลื่อนโครงการ ทั้งด้านการนำ การดูแลรักษา การอำนวยความสะดวก และการสนับสนุนงบประมาณ โดยสมรรถนะสำคัญที่เอื้อต่อความสำเร็จของโครงการ ได้แก่ ภาวะผู้นำ ทักษะการสื่อสาร ความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ และศักยภาพด้านการสนับสนุนเงินทุน

สรุปผล : ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการจัดการโรคเบาหวานโดยชุมชนประสบความสำเร็จ เกิดจากการทำงานร่วมกันของทุกฝ่าย โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีบทบาทที่ต้องรับผิดชอบและสมรรถนะที่แตกต่างกัน ทำให้สามารถขับเคลื่อนโครงการได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : สมรรถนะ บทบาท ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การจัดการเบาหวาน เบาหวานระยะสงบ

* ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ศูนย์บริการสาธารณสุข 33 วัดหงส์รัตนาราม สำนักอนามัย

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ปรีชยา แจ้งทวี, E-mail: preechaya.jan@mahidol.ac.th

Stakeholders' Competencies and Roles of Diabetes Management in a Community

Pokkrong Pongpattanapisit* Preechaya Jangtawee* Napaswan Namboonsri*
Saovaros Meekusol* Wanwilai Outtarawichian* Change Preeprem*
Weha Kasemsuk* Eakapat Siangtian**

Abstract

Background: Diabetes mellitus is a serious and increasingly complex global public health issue. It is a major cause of mortality and imposes a substantial economic burden on health systems. In Thailand, the prevalence of diabetes continues to rise. Therefore, it is essential to develop disease management strategies that emphasize prevention and ongoing community-based care, including approaches for diabetes remission that aim to control blood glucose levels close to normal without medication.

Objectives: To conduct an in-depth study of the competencies and roles of stakeholders in community-based diabetes management.

Methods: This qualitative study involved 30 stakeholders participating in a community-based diabetes management program. Participants included representatives from higher education institutions, primary healthcare units, community leaders, committee members, and program participants. Data were collected through in-depth interviews and focus group discussions and analyzed using content analysis.

Results: The findings revealed that stakeholders involved in the program could be categorized into four groups: community members, healthcare personnel, academic and coordination personnel, and financial support groups. Each group played distinct roles in driving the program, including leadership, clinical care, facilitation, and financial support. Key competencies contributing to the success of the program included leadership, open-minded attitudes, professional expertise, and financial support capacity.

Conclusion: The success of community-based diabetes management programs is driven by collaborative efforts among all stakeholders. Each group holds specific roles and competencies, which collectively enable effective and sustainable program implementation.

Keywords: Competencies, roles, stakeholders, diabetes management, diabetes remission

* Public Health Nursing Department, Faculty of Nursing, Mahidol University

** Public Health Service Center 33 Wat Hong Rattanaram, Department of Health

Corresponding Author: Preechaya Jangtawee, E-mail: preechaya.jan@mahidol.ac.th

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีความรุนแรง และทวีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกได้เพิ่มขึ้นจาก 200 ล้านคนในปี พ.ศ. 2533 เป็น 830 ล้านคนในปี พ.ศ. 2565 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มสูงถึง 853 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2593 (World Health Organization [WHO], 2022) ซึ่งโรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตกว่า 2 ล้านรายทั่วโลก ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณร้อยละ 11 และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงอื่น ๆ เช่น ปัญหาทางการมองเห็น โรคหลอดเลือดสมอง และการตัดอวัยวะส่วนล่าง (WHO, 2022) สถานการณ์เบาหวานในประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2563 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.90 เป็น 9.50 ในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2563 (Aekplakorn et al., 2021) ขณะเดียวกันในประเทศไทย มีรายงานพบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานมีอัตรา 24.55, 25.87 และ 22.03 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ.2564, 2565 และ พ.ศ. 2566 ตามลำดับ (Non-communicable Disease Bureau, 2025)

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั่วโลกประมาณ 1.01 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2567 (International Diabetes Federation, 2025) จากการสำรวจในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2561-2564 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการจัดการโรคเบาหวานสำหรับบริการผู้ป่วยนอกในภาพรวมมีต้นทุนสูงถึง 1,344 ล้านบาท โดยมีต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งอยู่ที่ 1,312.30 บาท (Khiaocharoen et al., 2023) จากสถิติชี้ให้เห็นว่าโรคเบาหวานถือเป็นโรคที่จะต้องดำเนินการแก้ไขปัญหามีการเปลี่ยนแปลงเชิงกลยุทธ์ไปสู่รูปแบบการดูแลที่เน้นการป้องกัน และการจัดการโรคอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชนเพื่อลดภาระทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐกิจตลอดจนลดอัตราผู้เสียชีวิต ประเทศไทยจึงได้พัฒนานโยบายและแนวทางการจัดการโรคเบาหวาน คือ “โรคเบาหวานระยะสงบ” (Diabetes Mellitus Remission: DM Remission) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ภาวะโรคสงบเป็นแนวทางที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษา โรคเบาหวานระยะสงบเป็นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด (Department of Disease Control, 2023) ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานและคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งการดำเนินการควบคุมเบาหวานจะต้องอาศัยการสนับสนุนจากชุมชนและทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างต่อเนื่อง (Royal College of Family Physicians of Thailand, 2022; Phuwichai, 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรมการจัดการดำเนินการจัดการเบาหวานให้อยู่ในระยะสงบในชุมชนจะต้องมีการประสานงานและได้รับความร่วมมือจากเครือข่าย ซึ่งจะต้องกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในการดำเนินการ ทั้งด้านการจัดกิจกรรมให้ความรู้ และการติดตามระดับน้ำตาล (Poolngam, 2025) จากงานวิจัยของ Samakkarnthai and Khayadee (2025) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทเป็นคู่หูและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเบาหวานช่วยสนับสนุนให้ความรู้ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ร่วมกับการศึกษาของ Siripaopradit (2025) ได้พัฒนารูปแบบการควบคุมน้ำตาลโดยมีผู้นำชุมชนและตัวแทนเข้ามามีบทบาทในการพัฒนารูปแบบการจัดการเบาหวานในชุมชนเกิดเป็นคณะกรรมการควบคุมโรคเบาหวานระดับอำเภอ และ PHIMAI MODEL (Ritburi, 2023) ผู้นำชุมชนมีบทบาทในการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยเบาหวานนำโครงการไปสู่ภาคปฏิบัติ บุคลากรด้านสุขภาพและแกนนำผู้ป่วยเบาหวานมีบทบาทหน้าที่ในการทำกิจกรรมพร้อมเชิญชวน

ผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโครงการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ ซึ่งแต่ละภาคส่วนมีบทบาทหน้าที่ที่สอดคล้องประสาน ร่วมกันไปจนทำให้เกิดเป็นรูปแบบการจัดการเบาหวานให้อยู่ในระยะสงบ

นอกจากนี้สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ จากการสำรวจของ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิชา ปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 61.46 เป็นผู้ป่วย โรคเบาหวาน ร้อยละ 26.04 โดยเป็น 1 ใน 3 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากสถานการณ์ดังกล่าวทางชุมชน เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาโรคเบาหวานในชุมชนจึงเกิดแนวคิดโครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชนจาก ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายขณะเดียวกันโครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชน ชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอก ใหญ่ กรุงเทพมหานคร ซึ่งผลของโครงการก็ประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง

โครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชน ชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร ดำเนิน โครงการภายใต้ความร่วมมือจาก 6 ภาคีหลัก คือ 1) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2) ศูนย์บริการ สาธารณสุข 33 วัดหงส์รัตนาราม 3) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาโยบาย (สวน.) 4) กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 5) ชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร และ 6) ผู้เข้าร่วม โครงการ ซึ่งใช้วิธีการดำเนินการจัดการเรียนรู้ในชุมชนในรูปแบบโรงเรียนเบาหวานชุมชนสัมพันธ์ ดำเนินการ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ผู้เข้าร่วมมีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงทุกคน และสามารถหยุด ยาเบาหวานหลังจบโครงการ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 46.67) ซึ่งโครงการนี้เกิดขึ้นโดยความต้องการของคนใน ชุมชน สมาชิกในชุมชนที่เข้าร่วมโครงการมีบทบาทเป็นแกนนำ และผู้ดำเนินงานในทุกขั้นตอน ขณะที่ผู้มีส่วน ได้ส่วนเสียจาก 6 ภาคีเครือข่ายเป็นผู้สนับสนุนและอำนวยความสะดวก กล่าวได้ว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของ โครงการเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคี ตลอดจนการทำหน้าที่ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดในโครงการซึ่ง แสดงบทบาทและสมรรถนะที่แตกต่างกัน

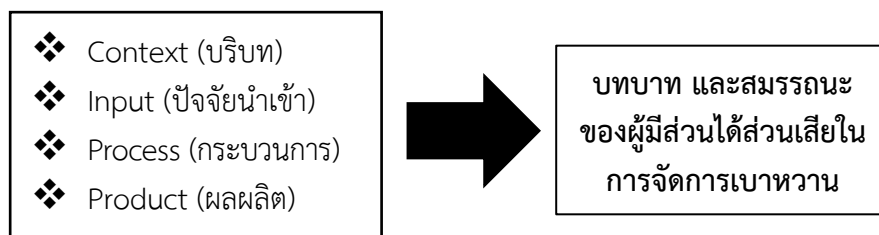
การศึกษานี้ใช้ CIPP Model ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, 2003) เป็นกรอบแนวคิดเพื่อวิเคราะห์ บทบาทและสมรรถนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเชิงลึก โดยแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ การประเมินด้าน บริบท (Context: C) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input: I) เช่น บุคลากร เป็นต้น การประเมินกระบวนการ (Process: P) และการประเมินผลผลิต (Product: P) จากการประเมินโครงการเบาหวานระยะสงบที่ผ่านมา มัก มุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านระดับน้ำตาลในเลือดเป็นหลักซึ่งเป็นองค์ประกอบด้านผลผลิตแต่ยังขาดการประเมิน บทบาทและสมรรถนะของบุคคลเป็นสำคัญในการจัดการโรคเบาหวานในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นไปที่ ปัจจัยนำเข้าในส่วนของบุคลากร ซึ่งจะนำไปประเมินจากโครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชน ชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร เพื่อทำความเข้าใจบทบาท สมรรถนะ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียต่อความสำเร็จของโครงการและผลลัพธ์ด้านการควบคุมน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็น ในการศึกษาสมรรถนะและบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชน ของชุมชน สัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร เพื่อเพิ่มสมรรถนะและบทบาทในการดูแล เป็นแนวทางในการ ขยายผลการดำเนินโครงการไปเป็นต้นแบบในชุมชนอื่น ๆ ที่มีบริบท ทรัพยากร ปัญหา และความต้องการที่ คล้ายคลึงกัน ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับสมรรถนะและบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการเบาหวานโดย ชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด CIPP Model (Stufflebeam, 2003) เพื่อทำความเข้าใจบทบาทสมรรถนะ และระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อความสำเร็จของโครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชนในเขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร กรอบแนวคิดจึงประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ 1) บริบท เป็นประเมินสถานการณ์ปัญหาเบาหวานในบริบทชุมชนเมือง ศักยภาพชุมชน และความพร้อมระบบสนับสนุนในพื้นที่ 2) ปัจจัยนำเข้า โดยการประเมินผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากแต่ละภาคีเครือข่าย 3) กระบวนการ เป็นการประเมินกระบวนการดำเนินงานของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการ และ 4) ผลผลิต เป็นการประเมินผลที่ได้จากโครงการดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของ “โครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชน” ชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร จำนวน 53 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียของ “โครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชน” ชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) สถาบันอุดมศึกษา(อาจารย์พยาบาล) จำนวน 2 คน 2) หน่วยบริการปฐมภูมิ (แพทย์และพยาบาล) จำนวน 3 คน 3) ประธานและกรรมการชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร จำนวน 5 คน และ 4) ผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

เกณฑ์คัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. อาจารย์พยาบาล ได้แก่ 1) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และ 3) เป็นผู้อำนวยการความสะดวก โครงการ “การจัดการเบาหวานโดยชุมชน” ของชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร

2. แพทย์และพยาบาล ได้แก่ 1) ปฏิบัติงานที่ศูนย์บริการสาธารณสุขอย่างน้อย 1 ปี 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และ 3) เป็นผู้อำนวยการความสะดวก โครงการ “การจัดการเบาหวานโดยชุมชน” ของชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร

3. ประธานชุมชนและกรรมการชุมชน ได้แก่ 1) ปฏิบัติหน้าที่เป็นประธานหรือกรรมการชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และ 3) เคยเป็นผู้ดำเนินงานโครงการ “การจัดการเบาหวานโดยชุมชน” ของชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร

4. ผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 1) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และ 2) เข้าร่วมโครงการ “การจัดการเบาหวานโดยชุมชน” ของชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด
 2. มีประวัติความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตที่ต้องเข้ารับการรักษาหรือรับประทานยาควบคุมอาการ
- #### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ
2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม โดยใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์ และมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบทบาทและสมรรถนะของภาคีเครือข่ายตามกรอบแนวคิด CIPP Model (Stufflebeam, 2003) ได้แก่ ด้านบริบท เช่น “มีความจำเป็นในการดำเนินการโครงการหรือไม่ อย่างไร” ด้านปัจจัยนำเข้า เช่น “ผู้ให้บริการในโครงการควรประกอบด้วยใครบ้าง แต่ละบุคคล/หน่วยงานควรมีคุณสมบัติอย่างไร และทำหน้าที่ใดบ้าง” ด้านกระบวนการ เช่น “โครงการควรมีกิจกรรมอะไรบ้าง ขั้นตอนควรเป็นอย่างไร” ด้านผลผลิต เช่น “แกนนำหรือภาคีเครือข่ายที่ได้รับการพัฒนาตามโครงการ มีลักษณะที่เหมาะสมเพียงพอหรือไม่ อย่างไร”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยการหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity index – CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเท่ากับ .98 และแบบสนทนากลุ่มเท่ากับ .97

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ IRB-NS 2024/64.0209 วันที่รับรอง 25 พฤษภาคม 2568 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะแจ้งข้อมูล วัตถุประสงค์ รายละเอียดของการเก็บข้อมูลการวิจัย โดยข้อมูลจะถูกรักษาเป็นความลับเข้าถึงได้เฉพาะทีมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโดยปราศจากการบังคับหรือจูงใจ ในขั้นตอนการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารชี้แจงการวิจัย และเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกการสนทนาโดยใช้เครื่องบันทึกเสียง ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังการเผยแพร่เสร็จสิ้นแล้วภายใน 3 ปี

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมวิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสะดวกเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกจะดำเนินการกับแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาล จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน และประธานชุมชน จำนวน 1 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึก ประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมงต่อคน การสนทนากลุ่มจะแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 20 คน บุคลากรสาธารณสุข (แพทย์ พยาบาลและอาจารย์พยาบาล) จำนวน 5 คน และกรรมการชุมชน จำนวน 5 คน ในสนทนากลุ่มใช้เวลา 2 ชั่วโมงต่อกลุ่ม จนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัวคือไม่มีข้อมูลใหม่หรือประเด็นเพิ่มเติมที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์หรือการสนทนาแล้ว ทั้งนี้ทีมวิจัยได้ใช้หลักการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตรวจสอบข้อความจากการถอดเทปเพื่อยืนยันคำให้สัมภาษณ์ และการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านข้อมูล

วิธีการ และผู้ให้ข้อมูล โดยภายหลังจากถอดคลิปเสียงแบบคำต่อคำที่มิวิจัยได้วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูล เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพและความถูกต้องของข้อมูลที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม โดยเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเบาหวานในชุมชน เช่น กิจกรรมให้ความรู้ การคัดกรองสุขภาพ การประชุมคณะกรรมการชุมชน เพื่อทำความเข้าใจบริบทและเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มถูกถอดคลิปเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม NVivo (Free trial version) เพื่อวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยตรง (Direct content analysis) เพื่อให้ได้แนวคิดจากเนื้อหาที่มีความเด่นชัดหรือข้อมูลที่มีอยู่โดยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 80) และเป็นเพศชาย จำนวน 6 คน (ร้อยละ 20) อายุเฉลี่ย 65.37 ปี (Min=41, Max=82, SD=11.10) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30) รองลงมาคือ แม่บ้าน จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.67) และอาชีพอื่น ๆ จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.33) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับ มัธยมศึกษา/ปวช. จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.33) รองลงมาคือระดับ ปริญญาตรี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30) และระดับ อนุปริญญา/ปวส. น้อยที่สุดจำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.67)

การประเมินโครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชนพบว่า ความสำเร็จของการดำเนินงานเกิดจากความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มในพื้นที่ โดยแต่ละกลุ่มมีบทบาทเฉพาะด้านที่ส่งผลต่อคุณภาพของการดำเนินงาน ประกอบด้วย กลุ่มชุมชน บุคลากรสุขภาพ หน่วยงานวิชาการ และผู้สนับสนุนด้านทรัพยากร ซึ่งทั้งหมดสอดประสานกันเป็นโครงสร้างภาคีเครือข่ายของโครงการ

1. กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการเบาหวานในบริบทชุมชนเมือง (Context)

การจัดการเบาหวานในชุมชนต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของ 4 กลุ่มหลัก ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มชุมชน กลุ่มบุคลากรสุขภาพ กลุ่มวิชาการและประสานงาน และกลุ่มสนับสนุนด้านการเงิน โดยแต่ละภาคีเครือข่ายมีความสำคัญแต่ต่างด้านแตกต่างกัน อีกทั้งยังต้องมีการสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกันจนโครงการประสบผลสำเร็จ

“คิดว่าเรื่องนี้ถ้าจะทำให้มันสำเร็จควรจะประกอบไปด้วย 4 กลุ่มที่ต้องทำงานร่วมกัน 1) กลุ่มชุมชน 2) กลุ่มบุคลากรสุขภาพ 3) กลุ่มวิชาการและประสานงาน และ 4) กลุ่มสนับสนุนด้านการเงิน” (พยาบาล 1)

“สถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรเป็นตัวหนุนหรือเป็นตัว Facilitator หลัก หรือ Mediator ในการประสานระหว่างชุมชนกับบุคลากร หน่วยงานสาธารณสุข” (อาจารย์พยาบาล 1)

“การอาศัยภาคีเครือข่ายร่วมกับแหล่งทุนสนับสนุน ช่วยให้การดำเนินงานมีความยั่งยืน” (อาจารย์พยาบาล 2)

2. ปัจจัยนำเข้าด้านบทบาทและสมรรถนะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากแต่ละภาคีเครือข่าย (Input)

1. กลุ่มชุมชน สามารถแบ่งย่อยเป็นกลุ่มและบทบาทดังนี้ ประธานชุมชน เป็นผู้นำ (Leader) ผู้จัดการโครงการ (Project manager) ประสานงาน (Coordinator) และผู้จัดการความขัดแย้ง (Conflict manager)

“การจัดการความขัดแย้งในกลุ่มตอนนี้คืออาจารย์จะเป็นหลัก อาจารย์จะช่วยเป็นคนกลางเวลาที่มีความขัดแย้งหรือความต้องการที่ไม่ตรงกันอาจารย์สามารถสื่อสาร และช่วยแก้ไขทุกอย่าง” (ประธานชุมชน)

4. กลุ่มสนับสนุนด้านการเงิน มีบทบาทในการให้การสนับสนุนงบประมาณ (Financial supporter) ในการดำเนินงานโครงการ เพื่อให้การดำเนินโครงการสามารถต่อยอดได้อย่างยั่งยืน

“เราอาศัยภาคีเครือข่ายและแหล่งทุนต่อจะทำให้เกิดความยั่งยืนในการทำงานได้ โดยงบประมาณตอนนี้มาจาก สปสช. ที่กระจายลงมาสู่เขต ดังนั้นงบประมาณนี้จะสามารถสนับสนุนได้อย่างต่อเนื่อง” (อาจารย์พยาบาล 1)

กลุ่มสนับสนุนด้านการเงิน ต้องมีสมรรถนะในการวางแผนสร้างต้นแบบโครงการจัดการเบาหวานในชุมชน และดำเนินการเพื่อหาแหล่งเงินทุน (Strategic thinking competency) เพื่อให้ผู้ดำเนินโครงการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนด้านการเงินส่งผลให้เริ่มดำเนินงานได้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

“ผู้สนับสนุนทางการเงินของโครงการเราคือ สสส. สนับสนุนผ่านทาง สวน. แต่ว่าในอนาคตไม่ได้สนับสนุน ตรงนี้ไปตลอด แต่เป็นการสร้างต้นแบบโครงการ สร้างช่องทางในการหาแหล่งสนับสนุน” (พยาบาล 1)

3. บทบาทและสมรรถนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการดำเนินงาน (Process)

1. กลุ่มชุมชนในกระบวนการดำเนินงานนี้มีบทบาทดังนี้ ขณะที่กรรมการชุมชน/แกนนำ มีบทบาทเป็น กระบวนกร (Workshop facilitator) ติดตามงาน (Follower) เสริมสร้างพลังให้แก่สมาชิก (Inspirer) สมาชิกโครงการมีบทบาทเป็นเพื่อนร่วมประสบการณ์ (Peer supporter) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนสู่เป้าหมายเดียวกัน

“แกนนำคอยติดตามและกระตุ้น ให้สมาชิกส่งข้อมูลด้านสุขภาพ” (แพทย์)

“แกนนำจะนำกลุ่มและกระตุ้นสมาชิกกลุ่มให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน” (อาจารย์พยาบาล 2)

2. กลุ่มบุคลากรสุขภาพ มีบทบาทหลัก พยาบาลเป็นผู้เจาะเลือดเพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

“พยาบาลทำการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาน้ำตาลสะสม 3 เดือน” (อาจารย์พยาบาล 1)

ด้านสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ควรมีทักษะการดูแลเชิงรุก (Proactive care) เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง

“พยาบาลช่วยติดตามระดับน้ำตาลในเลือดโดยเข้าไปเจาะเลือดผู้เข้าร่วมโครงการ” (อาจารย์พยาบาล 1)

3. กลุ่มวิชาการและประสานงาน ประกอบด้วย สถาบันการศึกษาที่มีบทบาทแนะนำการบริหารจัดการที่ปรึกษา (Consultor) คอยชี้แนะและให้คำแนะนำแก่ผู้ดำเนินโครงการ

“รุ่นแรกที่ทีมอาจารย์พยาบาลเป็นผู้เอื้ออำนวยความสะดวกกลุ่มในทุกสัปดาห์ ตลอด 3 เดือน แล้วก็ถอยตัวออกมาจนกระทั่งแกนนำทำได้แล้วก็ป็นหนึ่งเดือนครั้ง ขณะเดียวกันก็เป็นโค้ชอยู่เบื้องหลัง” (กรรมการชุมชน 2)

กลุ่มวิชาการยังต้องมีสมรรถนะในการจัดการความขัดแย้งในกลุ่ม (Conflict management) เพื่อนำไปสู่เป้าหมายเดียวกัน

“การจัดการความขัดแย้งในกลุ่มตอนนี้คืออาจารย์จะเป็นหลัก อาจารย์จะช่วยเป็นคนกลางเวลาที่มีความขัดแย้งหรือความต้องการที่ไม่ตรงกันอาจารย์สามารถสื่อสาร และช่วยแก้ไขทุกอย่าง” (ประธานชุมชน)

4. กลุ่มสนับสนุนด้านการเงิน มีบทบาทในการให้การสนับสนุนงบประมาณ (Financial supporter) เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่เพื่อให้การดำเนินโครงการได้

“ทีมสนับสนุนด้านการเงินนี้เป็นทีมที่สำคัญมาก ต้องอนุมัติงบประมาณในการทำงาน” (พยาบาล 2)

4. ผลผลิตของโครงการ (Product)

การนำโดยชุมชนที่สร้างความสำเร็จในการควบคุมน้ำตาลจากการนำโดยสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการ และประสบความสำเร็จในการจัดการเบาหวานเกิดเป็นบุคคลต้นแบบ (Role Model) ในชุมชน

“ผลน้ำตาลสะสมของสมาชิกในโครงการลดลงจริง” (ประธานชุมชน)

“อยากให้ชุมชนลุกขึ้นมาทำเอง ลงมือปฏิบัติเองและสามารถเป็นตัวอย่างให้คนอื่นได้” (สมาชิกโครงการ 1)

“ความรู้เราได้เรียนรู้จากวิทยากร เพื่อนำมาถ่ายทอดให้กับสมาชิก แขนงน่านอกจากมีความรู้แล้วยังต้องพัฒนาตัวอยู่เสมอ” (สมาชิกโครงการ 2)

“ได้แกนนำกลุ่ม ๆ ละ 5 คน รวมเป็น 10 คน” (สมาชิกโครงการ3)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นว่าความสำเร็จของโครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชนเกิดจากการบูรณาการบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 4 กลุ่มตามกรอบ CIPP Model ได้แก่ บริบทชุมชนที่มีภาวะเบาหวานสูง (Context) ปัจจัยนำเข้าที่ประกอบด้วยภาคีทั้ง 4 กลุ่ม (Input) กระบวนการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งระดับบุคคลและระดับระบบ (Product) ซึ่งสอดคล้องกับ PHIMAI Model (Ritburi, 2023) ที่กำหนดบทบาทผู้เกี่ยวข้องหลายระดับ ทั้งบุคลากรสุขภาพ และแกนนำ อย่างไรก็ตาม PHIMAI Model ยังขาดบทบาทแพทย์ด้านการปรับยา ในขณะที่งานวิจัยภูวดลโมเดลและโรงเรียนเบาหวานบ้านตาขุน (Oba et al., 2024; Panmung et al., 2024; Suksabai, 2024) จะเน้นทีมสุขภาพและผู้ป่วยเป็นหลัก แต่ยังไม่ครอบคลุมบทบาทของทีมีวิชาการที่เป็นผู้ประสานงานหรือกลุ่มสนับสนุนด้านการเงินเช่นโครงการนี้ ทำให้โครงการชุมชนสัมพันธ์มีโครงสร้าง Input ที่ชัดเจนช่วยให้ชุมชนสามารถขับเคลื่อนโครงการได้อย่างมั่นคงและต่อเนื่อง

บทบาทของผู้นำชุมชนในโครงการนี้มีลักษณะเป็นผู้จัดการระบบภายใน ซึ่งสอดคล้องกับ PHIMAI Model (Ritburi, 2023) และการศึกษาของ Kwan et al. (2017) และ Mama (2020) ที่พบว่าผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการจัดการสุขภาพเบาหวานระดับพื้นที่ นอกจากนี้ บุคลากรสุขภาพได้ปรับบทบาทจากศูนย์กลางการรักษาเป็นโค้ชสุขภาพที่คอยแนะนำและส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยให้ความสำคัญกับทีมสุขภาพ ซึ่งควรทำหน้าที่ชี้แนะมากกว่าการรักษาโดยตรง (Oba et al., 2024; Panmung et al., 2024, Suksabai, 2024; Haldane et al., 2019) ซึ่งสอดคล้องโดยตรงกับกระบวนการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน (Process) ใน CIPP Model ที่ให้ความสำคัญกับการถ่ายโอนบทบาทจากผู้เชี่ยวชาญไปสู่ชุมชน

ในด้านสมรรถนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะผู้นำ การจัดการกระบวนการกลุ่ม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการโค้ช ทักษะการทำงานสหสาขาวิชาชีพ และการจัดการงบประมาณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brinzac et al. (2025) ที่เน้นความสำคัญของผู้นำชุมชนในฐานะผู้จัดการความขัดแย้ง และการศึกษาของ Arora et al. (2025) ที่ระบุว่าสมาชิกควรได้รับการเสริมศักยภาพเพื่อให้สามารถดูแลตนเองและทำหน้าที่เป็นแกนนำได้ สะท้อนผลผลิต (Product) ตามกรอบ CIPP Model ว่าการพัฒนาสมรรถนะของแต่ละภาคีเป็นตัวขับเคลื่อนผลลัพธ์ด้านความรู้สุขภาพและความมั่นใจของประชาชน รวมทั้งเสริมประสิทธิภาพระบบสนับสนุนด้านสุขภาพของชุมชนโดยรวม

ด้านความยั่งยืนและการถ่ายทอดผล ผลการวิจัยพบว่าโครงการสามารถสร้างระบบการมีส่วนร่วมที่ทำซ้ำได้และถ่ายโอนบทบาทได้จริงเมื่อมีการฝึกแกนนำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโครงการสุขภาพชุมชนที่ระบุว่าความเป็นเจ้าของของชุมชนและการมีระบบสนับสนุนที่มั่นคงในช่วงเริ่มต้นเป็นเงื่อนไข

ของความยั่งยืน (Riley-Gibson et al., 2025) อย่างไรก็ตาม การขยายผลยังขึ้นอยู่กับความพร้อมของชุมชนใหม่ โดยเฉพาะด้านทุนทางสังคม แกนนำ และการสนับสนุนเชิงเทคนิคในระยะเริ่มต้น ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่พบในงานวิจัยชุมชนหลายชิ้นเช่นกัน ผลเหล่านี้สอดคล้องกับมิติความสามารถในการถ่ายโอนหรือประยุกต์ใช้ผลการวิจัย (Transferability) ที่ระบุว่า การขยายผลจะเกิดได้เมื่อองค์ประกอบสำคัญ เช่น กระบวนการกลุ่ม การโค้ชสุขภาพ และระบบสนับสนุนรายภาคีที่ถูกจัดวางอย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ใหม่

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ในการจัดการเบาหวานในชุมชน จะสำเร็จได้ควรประกอบไปด้วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มชุมชน กลุ่มบุคลากรสุขภาพ กลุ่มวิชาการและประสานงาน และกลุ่มสนับสนุนด้านการเงิน ซึ่งแต่ละกลุ่มมีบทบาทและสมรรถนะที่โดดเด่นและแตกต่างกัน ทั้งนี้เมื่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดทำงานร่วมกันแล้ว สามารถเป็นพลังขับเคลื่อนให้โครงการจัดการเบาหวานในชุมชนประสบความสำเร็จในการป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เป็นโรคเบาหวานและกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถเข้าสู่ระยะสงบ ตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ข้อที่ 3 การมีสุขภาพดี และความเป็นอยู่ที่ดี (Good Health and Well-being)

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาศักยภาพแกนนำและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมทักษะที่ยังเป็นข้อจำกัด เช่น ทักษะการจัดการกระบวนการกลุ่ม การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ และการติดตามผลสุขภาพสมาชิกในชุมชน
2. พัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย สร้างรูปแบบการโค้ชโดยบุคลากรสุขภาพ ระบบติดตามข้อมูลสุขภาพ และคู่มือกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นมาตรฐานและสามารถทำซ้ำได้ในพื้นที่อื่น ๆ

References

- Aekplakorn, W., Puckcharern, H., & Satheannoppakao, W. (2021). *Thailand national health examination survey VI, 2019-2020*. Aksorn graphic and design publishing. (in Thai)
- Arora, M., Chopra, M., Shrivastav, R., Srinivasapura Venkateshmurthy, N., Oli, N., Rao, N., Gupta, M., Cassambai, S., Highton, P., Vaidya, A., Singh, K., Crompton, A., Mohan, S., Khunti, K., & Prabhakaran, D. (2025). Co-creating community engagement and involvement strategies: Understanding challenges and needs of people living with multiple long-term conditions and stakeholders' perspectives in India and Nepal. *BMJ Global Health, 10*(9), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-018968>
- Brinzac, M. G., Verschuuren, M., Leighton, L., & Otok, R. (2025). Public health competencies: What does the next generation of professionals deem important. *European Journal of Public Health, 35*(2), ii11–ii16. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae201>
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2023). Clinical practice guideline for diabetes mellitus in Thailand. <https://thaipedendo.org/wp-content/uploads/2023/08/Clinical-Practice-Guideline-for-Diabetes-2023.pdf> (in Thai.)

- Haldane, V., Chuah, F. L. H., Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C. H., Seng, C. K., Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLOS ONE*, *14*(5), e0216112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112>
- International Diabetes Federation. (2025). *IDF diabetes atlas*. <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
- Khiaocharoen, O., Prasertworakul, C., Khatiyod, T., Siewongchai, C., Srisirianun, T., Lampu, P., Pannarunothai, P., Zungsontiporn, C., & Pannarunothai, S. (2023). Outpatient cost by disease: Outputs from the first phase cost per disease project. *HISPA Compendium*, *1*(7), 100–12. <https://doi.org/10.14456/hispa.2023.7> (in Thai)
- Kwan, B. M., Jortberg, B., Warman, M. K., Kane, I., Wearer, R., Koren, R., Carrigan, T., Martinez, V., Nease, D. E. (2017). Stakeholder engagement in diabetes self-management: Patient preference for peer support and other insights. *Family Practice*, *34*(3), 358–65. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw127>
- Mama, W. (2020). Development of Care Model for type 2 diabetes patients with who be treated at Dong Mun Lek Health Promoting hospital, Muang district, Phetchabun province. *Journal of Health Science and Community Public Health*, *3*(2), 93–110. (in Thai)
- Non-communicable Disease Bureau, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2025). *Data, statistics of mortality/morbidity from non-communicable diseases*. <https://ddc.moph.go.th/dncd/news.php%3Fnews%3D39911> (in Thai)
- Oba, N., Newbood, S., Rithpho, P., & Panyam, S. (2024). Lessons learned from the initial stages of the Bang Rakam PUWADOL Model diabetes academy : A qualitative research. *Journal of disease prevention and control: DPC 2 Phitsanulok*, *11*(2), 60–77. (in Thai)
- Panmung, N., Srisawat, K., Jaroenkrung, P., & Sansang, S. (2024). Factors for successful operations for diabetic remission. *Department of Health Service Support Journal*, *20*(2), 17–26. (in Thai)
- Phuwichai, Y. (2024). Model of care for patients with type 2 diabetes with community participation in the Kham Yai Subdistrict Municipality Huai Mek district Kalasin province. *Journal of Environmental and Community Health*, *9*(4), 630–42. (in Thai)
- Poolngam, D. (2025). A community participation model for preventing complications among patients with type 2 diabetes at Na Pho Tai health promoting hospital, Khong Chiam district, Ubon Ratchathani province. *Journal of Environmental Health and Community Health*, *10*(3), 267–75. (in Thai)
- Riley-Gibson, E., Hall, A., Shoesmith, A., Wolfenden, L., Shelton, R. C., Pascoe, W., Peden, B., Doherty, E., Pollock, E., Booth, D., Salloum, R. G., Laur, C., Powell, B. J., Kingsland, M., Lane, C., Hailemariam, M., Sutherland, R., & Nathan, N. (2025). A systematic review to determine the effect of strategies to sustain chronic disease prevention interventions

- in clinical and community settings. *Translational behavioral medicine*, 15(1), ibae070.
<https://doi.org/10.1093/tbm/ibae070>
- Ritburi, K. (2023). Strategies in driving the work for diabetic patients to enter the state of “Remission”: A case study of the driving strategy in Phimai district, Nakhon Ratchasima province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 5(1), 123–36. (in Thai)
- Royal College of Family Physicians of Thailand. (2022). *Guideline for management of type 2 diabetes mellitus remission with intensive lifestyle modification*. https://thaigpfm.org/wp-content/uploads/2025/05/Diabetes-remission-in-type-2_web.pdf (in Thai)
- Samakkarnthai, T., & Khayadee, A. (2025). Enhancing health literacy through a Community Participation Model for patients with uncontrolled type 2 Diabetes in Uthai Thani province. *Primary Health Care Journal (Northern Edition)*, 35(1), 86–101. (in Thai)
- Siripaopradit, P. (2025). Development of Blood Sugar Control Model in Diabetic Mellitus Type II patients through community participation in the Pueinoi district of Khon Kaen province. *Journal of Environmental Education Medical and Health*, 10(2), 309–16. (in Thai)
- Stufflebeam, D. L. (2003). The CIPP Model for evaluation. In T. Kellaghan & D. L. Stufflebeam (Eds.), *International Handbook of Educational Evaluation* (pp. 31–62). Springer Netherlands.
- Suksabai, P. (2024). Effectiveness of caring for type 2 diabetic patients to diabetes remission with intensive lifestyle modification, Suratthani Province. *Region 11 Medical Journal*, 38(1), 27–43. (in Thai)
- World Health Organization. (2022). *Global report on diabetes*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>

อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด

จินต์ณามัส แสงงาม* ภัทรนุช วิหุรสกุล* รุ่งนภา สันติพิพัฒน์** ปรียาภรณ์ แสงสุวรรณ***

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจ เป็นโรคที่สามารถควบคุมได้หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของ อายุ โรคร่วม และความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด

วิธีดำเนินการวิจัย : การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กอายุ 10-19 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 77 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับดี ($\bar{X}=77.38$, $SD=12.80$) อายุ โรคร่วม และความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดได้ร้อยละ 36.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.362$, $F=13.589$, $p<.001$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ โรคร่วม ($\beta=.212$, $t=2.153$, $p=.035$) และความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($\beta=.454$, $t=3.530$, $p<.001$)

สรุปผล : ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดที่มีโรคร่วมและมีความรอบรู้ด้านสาธารณสุขอิเล็กทรอนิกส์ที่ดี มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ควบคุมโรคหอบหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันการกำเริบของโรค ส่งผลให้คุณภาพชีวิตในระยะยาวดีขึ้น

คำสำคัญ : วัยรุ่น โรคหืด ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการตนเอง

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ภัทรนุช วิหุรสกุล, E-mail: pattaranuch.poo@mahidol.ac.th

The Influence of Personal Factors and E-Health Literacy on Self-Management Behaviors among Adolescent Patients with Asthma

Jinnaphat Sangngam* Pattaranuch Witoonsakul* Rungnapa Santipipat**
Preeyaporn Sangsuwan**

Abstract

Background: Asthma is a chronic respiratory disease that can be effectively controlled when patients engage in appropriate self-management behaviors.

Objectives: This study aimed to examine the predictive power of age, comorbidities, and electronic health literacy on self-management behaviors among adolescent patients with asthma.

Methods: A predictive correlational study was conducted among 77 adolescents aged 10–19 years who attended the Allergy and Immunology Clinic of a tertiary hospital in Bangkok. Data were collected using three questionnaires: a personal information form, an electronic health literacy questionnaire, and an asthma self-management behavior questionnaire for adolescents. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, and multiple linear regression analysis.

Results: Most adolescents with asthma demonstrated good levels of self-management behavior. (\bar{x} =77.38, SD=12.80) Age, comorbidities, and electronic health literacy together significantly predicted self-management behavior, accounting for 36.2% of the variance ($R^2=.362$, $F=13.589$, $p<.001$). Among these variables, comorbidities ($\beta=.212$, $t=2.153$, $p=.035$) and electronic health literacy ($\beta=.454$, $t=3.530$, $p<.001$) were significant predictors of self-management behavior.

Conclusion: Adolescent patients with asthma who have comorbid conditions and higher levels of electronic health literacy are more likely to demonstrate effective self-management behaviors, resulting in better asthma control, fewer exacerbations, and improved long-term quality of life.

Keywords: Adolescent patients, asthma, eHealth literacy, self-management behaviors

* Faculty of Nursing, Mahidol University

** Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Corresponding Author: Pattaranuch Witoonsakul, E-mail: pattaranuch.poo@mahidol.ac.th

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมทำให้เยื่อบุผนังหลอดลมมีการตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าปกติ เกิดภาวะหลอดลมไวเกิน มีการหดเกร็งของหลอดลม การบวมและอักเสบของเยื่อหลอดลม และมีการสร้างเสมหะมากขึ้น (Louise, 2024) แม้ว่าโรคหืดเป็นโรคที่สามารถควบคุมได้ แต่อาการหืดกำเริบอาจเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม (Global Initiative for Asthma, 2024) ดังนั้นการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการรักษาและการจัดการโรคหืด

การจัดการโรคหืดเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและควบคุมโรคได้ด้วยตนเอง ซึ่งพฤติกรรมการจัดการโรคหืดด้วยตนเอง มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการบรรลุเป้าหมายการรักษา กล่าวได้ว่า การจัดการโรคหืดเป็นกลยุทธ์แบบเฉพาะบุคคล ที่ต้องอาศัยการเรียนรู้ การตระหนักรู้ในอาการของตนเอง และการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง พฤติกรรมการจัดการโรคหืดด้วยตนเองสามารถจำแนกได้เป็นภารกิจเฉพาะด้านต่าง ๆ ได้แก่ การจัดการเชิงป้องกัน เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการมาติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ การเฝ้าระวังอาการ เช่น การรับรู้และประเมินอาการของตนเอง การจัดการภาวะกำเริบของโรค เช่น การใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น การปฏิบัติตามแผนการจัดการโรคหืด การใช้เทคนิคอื่น ๆ เช่น การลดความเครียด และการทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และการสื่อสารและแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการโรคหืดจากบุคคลอื่น (Mammen & Rhee, 2012)

ระดับความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดแตกต่างกันตามช่วงพัฒนาการ โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่น ซึ่งการศึกษานี้กำหนดขอบเขตที่อายุ 10-19 ปี ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2024) เนื่องจากช่วงอายุดังกล่าวถือเป็นระยะเปลี่ยนผ่านที่สำคัญจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสรีรวิทยาและจิตสังคมอย่างรวดเร็ว อันเป็นช่วงเวลาวิกฤตที่ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพจะถูกถ่ายโอนจากผู้ปกครองสู่ตัวผู้ป่วยควบคู่ไปกับการพัฒนาความเป็นอิสระ วัยรุ่นจึงมักเผชิญความท้าทายในการเริ่มปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการจัดการโรคด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง (Lazano & Houtrow, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า พบว่าผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคหืดไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น หรือการเฝ้าสังเกตอาการตนเอง ทำให้มีการกำเริบของโรคและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Holley et al., 2017) รวมทั้งการไม่มาพบแพทย์ตามนัด (Alyas et al., 2024)

พฤติกรรมการจัดการโรคหืดที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการและอาการแสดงของโรคได้ ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ซึ่งในบางกรณีอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ องค์การอนามัยโลกรายงานว่า โรคหืดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 455,000 รายต่อปีทั่วโลก และในปี ค.ศ. 2016 พบว่ามีเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีมากกว่า 6 ล้านคน หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 8.3 ที่ป่วยเป็นโรคหืด และในจำนวนนี้มีเด็กประมาณ 3 ล้านคนมีประสบการณ์อาการหืดกำเริบรุนแรง (Centers for Disease Control and Prevention, 2018) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย รายงานระบุว่าโรคหืดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 4,182 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 0.94 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (World Life Expectancy, 2022) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า โรคหืดยังคงเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่ยังคงมีความเสี่ยงต่อการควบคุมอาการได้ไม่เพียงพอ หากยังมีพฤติกรรมการจัดการโรคหืดด้วยตนเองอย่างไม่เหมาะสม

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยให้ควบคุมอาการของโรคหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่น การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถวัดได้จริง ได้แก่ อายุและภาวะโรคร่วม (Yadesa et al., 2024; Rhee et al., 2018; Wireklint et al., 2021) ซึ่งพบว่าอายุกำหนดความสามารถในการตระหนักรู้และจัดการอาการของโรค เด็กอายุน้อยมักต้องพึ่งพาผู้ปกครองในการใช้ยาและปฏิบัติตามแผนการรักษา ขณะที่วัยรุ่นเริ่มมีความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองมากขึ้น แต่ก็อาจเผชิญความท้าทายจากแรงกดดันทางสังคมและการเปลี่ยนผ่านสู่ความเป็นผู้ใหญ่ (Rhee et al., 2018) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรคและต้องใช้ยาหลายชนิดมักมีแนวโน้มปฏิบัติตามแผนการรักษาโรคหืดอย่างไม่สม่ำเสมอ แสดงถึงการให้ความสำคัญต่อโรคหืดน้อยลง (Wireklint et al., 2021) นอกจากนี้ ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (eHealth literacy) มีบทบาทสำคัญในวัยรุ่น โดยช่วยให้สามารถเข้าถึง ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพจากสื่อดิจิทัลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (van Buul, 2020) แม้จะมีโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่เหมาะสม วัยรุ่นโรคหืดบางคนยังคงมีพฤติกรรมดูแลตนเองและการควบคุมอาการที่ไม่ดี การเข้าใจปัจจัยส่วนบุคคลและพัฒนาความสามารถด้าน eHealth literacy จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมและยั่งยืน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้การจัดการตนเองจะเป็นปัจจัยสำคัญต่อการควบคุมโรคหืด แต่ปัจจุบันยังขาดองค์ความรู้เชิงประจักษ์ในบริบทประเทศไทยที่สามารถอธิบายอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลคือ อายุ โรคร่วม และความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยดังกล่าวโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Ryan & Sawin, 2009) เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดให้ดีขึ้นต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของ อายุ โรคร่วม และความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด

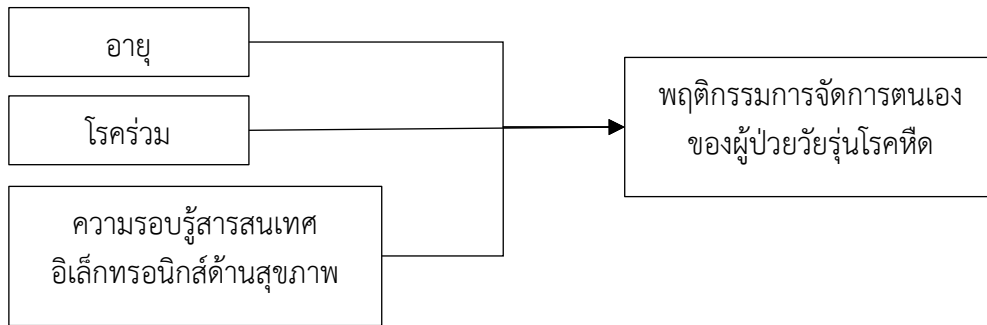
สมมติฐานการวิจัย

อายุ โรคร่วม และความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้อธิบายกรอบแนวคิดโดยใช้ ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-Management Theory: IFSMT) ของ Ryan and Sawin (2009) เป็นกรอบแนวคิดหลัก ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวใช้ในการจัดการสุขภาพและภาวะเรื้อรัง โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ 1) บริบทของบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยกายภาพ และปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อการจัดการตนเอง 2) กระบวนการจัดการตนเอง เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ในการควบคุม พฤติกรรม และปรับตัวเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง และ 3) ผลลัพธ์ ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยต่าง ๆ ในบริบทของบุคคลและครอบครัว ร่วมกับปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยภายในกระบวนการจัดการตนเอง ก่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อภาวะสุขภาพในระยะสั้น (proximal) และนำไปสู่ผลลัพธ์ในระยะยาว (distal) ต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเฉพาะปัจจัยระดับบุคคลเพื่อให้สอดคล้องกับหน่วยการวิเคราะห์ (Unit of Analysis) ที่มุ่งเน้นประเมินศักยภาพและความรอบรู้ของวัยรุ่นโดยตรง คือ ปัจจัยอายุและโรคร่วม ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มบริบทของบุคคล และความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการจัดการตนเอง กล่าวคือเป็นทักษะในการค้นคว้า ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลโรคของตนเอง ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด ซึ่งเป็นผลลัพธ์ระยะสั้น ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational study design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด อายุ 10-19 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ อายุ 10-19 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืดทุกระดับอย่างน้อย 6 เดือน มีอาการคงที่ สามารถพูด เขียน อ่านภาษาไทยได้ และผู้ปกครอง/ผู้ดูแลอายุ 18 ปีหรือมากกว่า เป็นพ่อแม่หรือญาติของผู้ป่วยเด็กซึ่งอาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน สามารถพูด เขียน อ่านภาษาไทยได้

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*power วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Multiple Linear Regression) โดยกำหนดค่า power of test เท่ากับ .80 ระดับความเชื่อมั่นที่ (α) เท่ากับ .05 โดยใช้ขนาดอิทธิพล (effect size) ในระดับปานกลางเท่ากับ .15 (medium effect size) (Cohen, 1988) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 77 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วยเด็ก สร้างโดยผู้วิจัยและคณะ ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ ระดับชั้น เกรดเฉลี่ย อุปกรณ์ที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ต ระยะเวลาใช้อินเทอร์เน็ตต่อวัน แหล่งข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ วัตถุประสงค์ในการใช้อินเทอร์เน็ต ประเภทของข้อมูลที่สืบค้นจากอินเทอร์เน็ต อายุเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค โรคร่วม ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหืด ยาที่ได้รับ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการสัมผัสบุหรี่จากคนในครอบครัว และประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากอาการหอบ

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวัยรุ่น เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ประกอบด้วย ระดับความรุนแรงของโรคหืด อายุเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค ยาที่ได้รับการรักษาอื่น ๆ ที่ได้รับ และโรคประจำตัว/โรคร่วมอื่น

2. แบบสอบถามความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ พัฒนาขึ้นโดย Paige et al. (2018) ได้รับการแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย Wiangkaew et al. (2024) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน จำนวน 4 ข้อ 2) ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับสื่อสารจำนวน 5 ข้อ 3) ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ จำนวน 5 ข้อ และ 4) ความรอบรู้ในการถอดความหมายสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างมาก) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน การแปลผลคือ คะแนนสูง หมายถึงมีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมาก คะแนนต่ำ หมายถึงมีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพน้อย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับใช้อันตรภาคชั้น ได้แก่ ความรอบรู้ระดับต่ำ (18.00–42.00 คะแนน) ความรอบรู้ระดับปานกลาง (42.01–66.00 คะแนน) ความรอบรู้ระดับสูง (66.01–90 คะแนน)

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคหืด สร้างโดย Sanggam et al. (2023) ซึ่งอ้างอิงจากแนวทางการรักษาโรคหืดที่เป็นมาตรฐานสากล (Global Initiative for Asthma, 2024) และการทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคหืดในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การป้องกันจัดการอาการ เช่น การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ การใช้ยารักษาเพื่อควบคุมอาการ การออกกำลังกายและการติดตามผลการรักษา จำนวน 16 ข้อ 2) การติดตามและประเมินอาการของตนเองอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 3 ข้อ 3) การจัดการอาการที่ฉุกเฉิน เช่น การใช้ยารักษาเพื่อบรรเทาอาการ การจัดการอารมณ์ และการปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำให้เกิดอาการหอบ จำนวน 3 ข้อ และ 4) การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นและหาช่องทางการช่วยเหลือเพื่อจัดการกับโรคหืด จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 4 ตัวเลือก ตั้งแต่ 1 (ไม่ได้ทำ) ถึง 4 (ทุกครั้งหรือทุกวัน) ส่วนข้อ 1, 3, 12, 13 และ 14 ให้คะแนน 1 (ทุกครั้งหรือทุกวัน) ถึง 4 (ไม่ได้ทำ) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25-100 คะแนน การแปลผลคือ คะแนนสูงหมายถึงผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดมีการดูแลตนเองดี คะแนนต่ำหมายถึงผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดมีการดูแลตนเองน้อย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับใช้อันตรภาคชั้น ได้แก่ การจัดการตนเองระดับต่ำ (25.00–50.00 คะแนน) การจัดการตนเองระดับปานกลาง (50.01–75.00 คะแนน) การจัดการตนเองระดับสูง (76.01–100 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา แบบประเมินความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพได้ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back-translation) และตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ในขณะที่แบบประเมินการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคหืดผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.94 ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ประยุกต์หรือดัดแปลงแก้ไขเนื้อหาการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ได้หาความตรงเชิงเนื้อหาซ้ำ

2. การหาความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคหืด ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ เท่ากับ .91 และแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคหืดเท่ากับ .86

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (MU-MOU CoA No. IRB-NS2025/926.1902) อนุมัติวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2568

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าคลินิกกุมารและพยาบาลประจำคลินิก โรงพยาบาลศิริราช เพื่อแนะนำตนเองและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในด้านสถานที่เก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยขอให้พยาบาลประจำคลินิกเป็นผู้สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กก่อนให้ผู้วิจัยเข้าพบ เมื่อได้รับความยินยอมเข้าร่วมแล้ว พยาบาลจึงอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็ก เพื่อชี้แจงและให้ข้อมูลโครงการวิจัย ขณะผู้ป่วยรอรับการตรวจ ผู้วิจัยเชิญผู้ป่วยและผู้ดูแลไปยังห้องที่จัดเตรียมไว้ โดยใช้ห้องสอนสุขศึกษาในห้องตรวจโรคซึ่งเป็นห้องที่เป็นส่วนตัว บรรยากาศสงบ ไม่ถูกรบกวนจากบุคคลภายนอก เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แง่สิทธิ์การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลยินยอมสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยจะขอให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคหืด รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 59 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 20-25 นาที ระหว่างที่ผู้ป่วยทำแบบสอบถามนั้น ผู้วิจัยคอยตรวจสอบคำตอบให้ผู้ผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ จนกว่าผู้ป่วยจะตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ภายหลังการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยอีกครั้ง และตอบข้อซักถาม จากนั้นผู้วิจัยมอบของที่ระลึกให้ผู้ป่วยเป็นการตอบแทนความร่วมมือและกล่าวขอบคุณ เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวนที่ต้องการ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป IBM SPSS Statistics Version 29 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ โรคร่วม และความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation)

3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของ อายุ โรคร่วม และความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

(multiple linear regression) ใช้วิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (enter method) โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติก่อนวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicollinearity) โดยตัวแปรทุกตัวมีค่า VIF ไม่เกิน 10 และ Tolerance มีค่าเข้าใกล้ 1 ค่าความคลาดเคลื่อนไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation) พบค่า Durbin-Watson มีค่าเข้าใกล้ 2 (Durbin-Watson =2.226) (Srisatidnarakul, 2010) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity) ข้อมูลกระจายตัวบริเวณค่าศูนย์ ตรวจสอบค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนมาตรฐานมีค่าเข้าใกล้ 0 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 77 ราย มีอายุเฉลี่ย 13.82 ปี (SD=2.68) เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.7 เพศหญิง ร้อยละ 40.3 ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 3.01-3.50 (ร้อยละ 35.1) รองลงมาอยู่ระหว่าง 3.51-4.00 (ร้อยละ 32.5) เริ่มเป็นโรคหืดเมื่ออายุเฉลี่ย 3.9 ปี (SD=2.28) ระยะเวลาที่เป็นโรคหืดเฉลี่ย 9.91 ปี (SD=3.08) มีโรคร่วม ร้อยละ 74 ส่วนใหญ่เป็นโรคมุมแพร่วม ร้อยละ 97.4 ใช้จ่ายทั้งยาชนิดควบคุมอาการและบรรเทาอาการ ร้อยละ 64.9 และส่วนใหญ่สามารถควบคุมอาการได้ (Well controlled) ร้อยละ 96.1 ผู้ป่วยใช้โทรศัพท์มือถือในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตร้อยละ 96.1 ส่วนใหญ่ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นระยะเวลา 1-3 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 35.1) เพื่อความบันเทิงร้อยละ 72.9 เพื่อค้นหาข้อมูลประกอบการเรียน ร้อยละ 66.2 และเพื่อค้นหาข้อมูลทางสุขภาพร้อยละ 37.7 ซึ่งข้อมูลสุขภาพที่ได้นี้ ผู้ป่วยสืบค้นจากอินเทอร์เน็ตมากที่สุดร้อยละ 71.4 โดยสืบค้นข้อมูลจากกูเกิล (Google) ร้อยละ 76.6 ยูทูบ (YouTube) ร้อยละ 58.4 และเฟซบุ๊ก (Facebook) ร้อยละ 53.2 ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต 1-2 วัน/สัปดาห์ โดยเฉลี่ย 45 นาที – 1 ชั่วโมงต่อวัน

2. ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเท่ากับ 65.72 (SD=14.67) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านที่ 1) ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.92 (SD=3.78) ด้านที่ 2) ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับสื่อสาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.20 (SD=4.21) ด้านที่ 3) ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.22 (SD=4.47) และด้านที่ 4) ความรอบรู้ในการถอดความหมายสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.29 (SD=3.53) คิดเป็นร้อยละ 74.6, 68.8, 72.88, และ 76.45 ตามลำดับ

3. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเท่ากับ 77.38 (SD=12.80) แปลได้ว่ามีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ดังนี้ พฤติกรรมการป้องกันและจัดการอาการเท่ากับ 49.63 (SD=7.43) การติดตามและประเมินอาการของตนเองอย่างสม่ำเสมอเท่ากับ 9.87 (SD=2.39) การจัดการอาการที่ฉุกเฉินเท่ากับ 9.12 (SD=2.72) และ 4) การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นและหาช่องทางการช่วยเหลือเพื่อจัดการกับโรคหืดเท่ากับ 8.75 (SD=2.59) คิดเป็นร้อยละ 77.54, 82.25, 76.0, และ 72.19 ตามลำดับ

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ อายุ ($r=.40, p<.001$) โรคร่วม ($r=.35, p=.002$) และความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($r=.57, p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างอายุ โรคร่วม ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด (n=77)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. อายุ	1			
2. โรคร่วม	.139	1		
3. ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	.65**	.284*	1	
4. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด	.40**	.35**	.57**	1

*p<.05, **p<.01

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า อายุ โรคร่วม และความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดได้ ร้อยละ 36.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.362$, $F_{(3, 72)}=13.589$, $p<.001$) ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($\beta=.454$, $t=3.530$, $p<.001$) และโรคร่วม ($\beta=.212$, $t=2.153$, $p=.035$) เป็นปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญขณะที่อายุ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดได้ ($\beta=.077$, $t=0.61$, $p=.54$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณของ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด (n=77)

ตัวแปรทำนาย	B	SE _b	β	t	p-value	95%CI		Tolerance	VIF
						Lower	Upper		
1. อายุ	.366	.593	.077	.617	.540	-.816	1.547	.572	1.748
2. โรคร่วม	6.220	2.888	.212	2.153	.035	.462	11.978	.916	1.092
3. ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	.396	.112	.454	3.530	<.001	.172	.619	.536	1.865

$R=.60$, $R^2=.362$, Adjusted $R^2=.335$, $F_{(3, 72)}=13.589$, $p<.001$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับดี ($M=77.38$, $SD=12.80$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยวัยรุ่นส่วนใหญ่สามารถจัดการโรคของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการป้องกันและควบคุมอาการ การติดตามและประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง การจัดการภาวะฉุกเฉิน และการสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น พฤติกรรมดังกล่าวสะท้อนถึงความตระหนักรู้และความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในความเจ็บป่วยด้วยโรคหืดนี้มานาน โดยพบว่ามียุทธศาสตร์เวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหืดเฉลี่ย 9.91 ปี ($SD=3.08$) รวมถึงมีพฤติกรรมการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นและหาช่องทางการช่วยเหลืออยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 72.19 จะเห็นได้จากการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลที่เพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต 1-2 วัน/สัปดาห์ผ่านทางโทรศัพท์ ประกอบกับได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้วิธีการจัดการโรคของตนเองได้ดียิ่งขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถควบคุมอาการหืดได้ดี (well controlled) คิดเป็นร้อยละ 96.1 สอดคล้องกับ

Sangngam et al. (2023) ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดอายุ 12-18 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมอาการได้ดี (well controlled) ร้อยละ 93.8 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับดี ทั้งด้านการป้องกัน จัดการอาการ และการสื่อสารเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือในการจัดการอาการได้

การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด พบว่า อายุ โรคร่วม และ ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดได้ ร้อยละ 36.2 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.362$, $F_{(3, 72)}=13.589$, $p<.001$) โดยความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($\beta=.454$, $t=3.530$, $p<.001$) และโรคร่วม ($\beta=.212$, $t=2.153$, $p=.035$) สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่อายุ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดได้ ($\beta=.077$, $t=0.61$, $p=.54$)

ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.57$, $p<.01$) และสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดมากที่สุด ($\beta=.454$, $p<.001$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมาก มักจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ในการถอดความหมายสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 76.45 และส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีและควบคุมอาการของโรคหืดได้ (well controlled) ร้อยละ 96.1 สอดคล้องกับ Paige et al. (2018) กล่าวไว้ว่าหากบุคคลมีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพที่ดี สามารถเข้าถึง ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยน ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจาก แหล่งข้อมูลออนไลน์ จะส่งผลให้บุคคลส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้มีสุขภาพที่ดีได้ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Wu et al. (2022) พบว่า ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการโรคด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.42$, $P<0.01$)

ปัจจัยต่อมาพบว่า โรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.35$, $p=.002$) และสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด ($\beta=.212$, $p=.035$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น โรคภูมิแพ้หรือโรคทางเดินหายใจอื่น ๆ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคภูมิแพ้ร่วม ร้อยละ 97.4 มีความจำเป็นต้องดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเอาใจใส่มากทั้งในด้านการใช้ยา การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นอย่างเคร่งครัด และการสังเกตอาการตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการควบคุมตนเองให้มีสุขภาพดี เพื่อป้องกันไม่ให้โรคกำเริบและมีสุขภาพที่ดีที่ยั่งยืน ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีพฤติกรรมติดตามและประเมินอาการของตนเองอย่างสม่ำเสมอมากที่สุด ร้อยละ 82.25 และมีพฤติกรรมป้องกันและจัดการอาการรองลงมา ร้อยละ 77.54 ผู้ป่วยจึงควบคุมอาการของโรคหืดได้ดี (well controlled) ร้อยละ 96.1 สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคล (Ryan & Sawin, 2009) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยที่รับรู้ว่ามี ความรุนแรงของโรคมก บุคคลนั้นจะมีกระบวนการจัดการตนเองที่ดี ตระหนักรู้ในความเจ็บป่วย วางแผนและ ปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างเป็นระบบมากขึ้น และการศึกษาของ Sangngam et al. (2023) พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดที่มีโรคร่วมมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้ดี เนื่องจากได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจาก ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ เกิดการเรียนรู้ทักษะการจัดการโรคที่ดีขึ้น และการศึกษาของ Miles et al. (2017) พบว่า การมีโรคร่วมยังส่งผลให้เด็กและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการ

รักษาอย่างเคร่งครัด ทั้งการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และการเฝ้าสังเกตอาการตนเอง ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมดีขึ้น (adjusted odds ratio 0.75 [95% confidence interval (CI) 0.62–0.91] (Kaplan et al., 2020)

ส่วนปัจจัยด้านอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.40$, $p<.001$) เมื่ออายุของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น พฤติกรรมจัดการตนเองมีแนวโน้มดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับช่วงพัฒนาการของวัยรุ่นตอนปลายที่เริ่มมีความรับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล (Ryan & Sawin, 2009) แต่อย่างไรก็ตามพบว่า อายุ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดได้ ($\beta=.077$, $t=0.61$, $p=.54$) แสดงให้เห็นว่าอายุเพียงอย่างเดียว อาจไม่ใช่ปัจจัยสำคัญในการอธิบายความแตกต่างของพฤติกรรมจัดการตนเองในกลุ่มวัยรุ่นโรคหืด กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีอายุระหว่าง 10-18 ปี ($M=13.82$) ซึ่งครอบคลุมวัยรุ่นตอนต้นถึงตอนปลาย แม้เป็นวัยที่ต่างกันแต่การจัดการตนเองบางส่วนมักมาจากการแนะนำและกำกับดูแลของผู้ปกครองในระดับใกล้เคียงกัน โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคหืด ซึ่งเป็นโรคที่ต้องดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด จำเป็นต้องได้รับการติดตามจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีอายุมากขึ้นแต่การเฝ้าระวังดูแล และติดตามจากผู้ปกครองยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องไม่แตกต่างกัน ทำให้ความแตกต่างด้านอายุไม่ชัดเจนพอที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง (Holley et al., 2017) แม้อายุที่เพิ่มขึ้นจะสัมพันธ์กับระดับวุฒิภาวะทางอารมณ์และความสามารถในการตัดสินใจ แต่การจัดการโรคหืดต้องอาศัยองค์ประกอบหลายด้าน เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว แรงจูงใจภายใน และความสามารถในการควบคุมตนเอง ไม่ได้ขึ้นกับอายุเพียงอย่างเดียว (Sangngam et al., 2023)

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านโรคร่วม และความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดได้ ส่วนปัจจัยด้านอายุ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดนั้น ต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีโรคอื่นร่วมด้วย สอนให้ผู้ป่วยรู้วิธีเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ง่ายทางอินเทอร์เน็ตชี้ให้เห็นถึงกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล และการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง นำไปสู่การเกิดความสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคหืดโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ตลอดจนการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคหืดที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง
2. ควรออกแบบโปรแกรมสุขภาพแบบออนไลน์ที่ส่งเสริมความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเอง ที่เข้าถึงง่ายและเหมาะสมกับวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาตัวแปรทำนายทั้งปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยขัดขวางความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืด

2. ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหืดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลที่ให้ทุนอุดหนุนโครงการวิจัย (China Medical Board of New York, Inc.) ในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้”

References

- Alyas, S., Hussain, R., Ababneh, B. F., Ong, S. C., & Babar, Z. (2024). Knowledge, perceptions, facilitators, and barriers towards asthma self-management among patients: a systematic review of the literature. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 17, 100558. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2024.100558>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Vital signs: Asthma in children — United States, 2001–2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(5), 149–55. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6705e1.htm>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Global Initiative for Asthma. (2024). *Global strategy for asthma management and prevention*. <https://ginasthma.org/2024-report/>
- Holley, S., Morris, R., Knibb, R., Latter, S., Liossi, C., Mitchell, F., & Roberts, G. (2017). Barriers and facilitators to asthma self-management in adolescents: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Pediatric Pulmonology*, 52(4), 430–42. <https://doi.org/10.1002/ppul.23556>
- Kaplan, A., Szeffler, S. J., & Halpin, D. M. G. (2020). Impact of comorbid conditions on asthmatic adults and children. *NPJ primary care respiratory medicine*, 30(1), 36. <https://doi.org/10.1038/s41533-020-00194-9>
- Lazano, P., & Houtrow, A. (2017). Supporting self-management in children and adolescents with complex chronic conditions. *Pediatrics*, 141(Suppl 3), S233–S241. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1284H>
- Louise, E. (2024). Understanding asthma: pathophysiology, symptoms, and management. *The African Journal of Respiratory Medicine*, 19(5), 1. <https://doi.org/10.54931/1747-5597.24.19.43>
- Mammen, J., & Rhee, H. (2012). Adolescent asthma self-management: A concept analysis and operational definition. *Pediatric allergy, immunology, and pulmonology*, 25(4), 180–9. <https://doi.org/10.1089/ped.2012.0150>
- Miles, C., Arden-Close, E., Thomas, M., Bruton, A., Yardley, L., Hankins, M., et al. (2017). Barriers and facilitators of effective self-management in asthma: Systematic review and thematic synthesis of patient and healthcare professional views. *npj Primary Care Respiratory Medicine*, 27(57), 1-21. <https://doi.org/10.1038/s41533-017-0056-4>

- Paige, S. R., Stelfox, M., Krieger, J. L., Anderson-Lewis, C., Cheong, J., & Stopka, C. (2018). Proposing a transactional model of eHealth literacy: Concept analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 20(10), e10175. <https://doi.org/10.2196/10175>
- Rhee, H., Love, T., Harrington, D., & Grape, A. (2018). Common allergies in urban adolescents and their relationships with asthma control and healthcare utilization. *Allergy, asthma, and clinical immunology: Official journal of the Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology*, 14, 33. <https://doi.org/10.1186/s13223-018-0260-y>
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The Individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing outlook*, 57(4), 217–25. e6. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>
- Sangngam, J., Prasopkittikun, T., Nookong, A., Pacharn, P., & Chamchan, C. (2023). Causal relationships among self-management behaviors, symptom control, health-related quality of life and the influencing factors among Thai adolescents with asthma. *International Journal of Nursing Sciences*, 10(3), 309–17. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.06.001>
- Srisatidnarukul, B. (2010). *The methodology in nursing research* (5th ed.). Bangkok: U & I Inter Media.
- van Buul, A. R. (2020). eHealth-only interventions and blended interventions to support self-management in adolescents with asthma: A systematic review. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(8), 788–98. <https://doi.org/10.1016/j.ceh.2020.06.001>
- Wiangkaew, K. S., Rhiantong, J., & Panuthai, S. (2024). Electronic health literacy and self-care among older persons with heart failure. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 39(3), 357–72. <https://doi.org/10.60099/jtnmc.v39i03.269603> (in Thai)
- Wireklint, P., Hasselgren, M., Montgomery, S., Lisspers, K., Ställberg, B., Janson, C., & Sundh, J. (2021). Factors associated with knowledge of self-management of worsening asthma in primary care patients: A cross-sectional study. *The Journal of asthma: official journal of the Association for the Care of Asthma*, 58(8), 1087–93. <https://doi.org/10.1080/02770903.2020.1753209>
- World Health Organization. (2024). *Adolescent health*. <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>
- World Life Expectancy. (2022). *Asthma in Thailand*. World Health Organization data. <https://www.worldlifeexpectancy.com/thailand-asthma>
- Wu, Y., Wen, J., Wang, X., Wang, Q., Wang, W., Wang, X., et al. (2022). Associations between e-health literacy and chronic disease self-management in older Chinese patients with chronic non-communicable diseases: A mediation analysis. *BMC Public Health*, 22(1), 2226. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14695-4>
- Yadesa, G., et al. (2024). Self-management practice and associated factors among asthmatic patients on follow-up care at public tertiary hospitals, southwest Ethiopia, 2022. *PLOS ONE*, 19(8), e0300589. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300589>

การเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวานในโลกยุคใหม่ : บทบาทเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทีมสุขภาพ

นางณภัทร รุ่งเนย* ศิริพร ครุฑทกาศ** จันทร์จิรา สีสว่าง*** จุไรรัตน์ ดวงจันทร์****

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นภาวะเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม จากลักษณะของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะวิกฤตและระยะเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม วิถีชีวิต และเทคโนโลยีในโลกยุคใหม่ รวมถึงการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้จำนวนผู้เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้การดูแลสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น นอกจากนี้การมีกิจกรรมทางกายน้อยลง การเผชิญกับโรคติดเชื้อหรือโรคอุบัติใหม่ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภคอาหาร ความเครียด และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นโรคเบาหวาน ทำให้การปรับตัวภายใต้บริบทดังกล่าวเป็นเรื่องที่ทำนายและมีความสำคัญอย่างยิ่ง การเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองจึงนับเป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะยาว ซึ่งการเสริมสร้างทักษะดังกล่าวต้องครอบคลุมทั้งด้านความรู้ความเข้าใจ การสร้างแรงจูงใจ และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง บทความวิชาการนี้นำเสนอแนวคิดการจัดการตนเอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ความท้าทายในการจัดการตนเองในโลกยุคใหม่ ตลอดจนแนวทางการเสริมสร้างทักษะดังกล่าว โดยเน้นบทบาทเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทีมสุขภาพ ทั้งด้านการประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การให้คำปรึกษาและติดตามผลลัพธ์ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมสุขภาพเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างยั่งยืน นำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคเบาหวานและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพในบริบทของโลกยุคใหม่

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง โรคเบาหวาน ยุคใหม่ พยาบาลวิชาชีพ เทคโนโลยีดิจิทัล

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : นางณภัทร รุ่งเนย, E-mail: nongnaphat@bcnsurat.ac.th

Received: May 28, 2025

Revised: December 23, 2025

Accepted: December 23, 2025

Enhancing Self-Management Skills in Individuals with Diabetes in the Modern Era: The Proactive Role of Registered Nurses and Healthcare Teams

Nongnaphat Rungnoei* Siriporn Kruttakart** Junjira Seesawang*** Churairat Duangchan***

Abstract

Type 2 diabetes mellitus is a chronic condition that affects individuals physically, mentally, and socially. The nature of the disease and its potential acute and chronic complications contribute significantly to premature mortality. Economic, social, lifestyle, and technological changes in the modern world, along with the global aging population, have led to a continual rise in diabetes prevalence and increased complexity in health care. Reduced physical activity, exposure to infectious or emerging diseases, changes in dietary habits, stress, and limited access to health services all influence blood glucose control in people with diabetes, adapting within this context both challenging and essential. Enhancing self-management skills is therefore a key strategy for maintaining blood glucose levels, reducing complications, and improving long-term quality of life. Such skill development must integrate knowledge and understanding, motivation, and the application of digital technology to support continuous health care. This academic article presents concepts of self-management, factors influencing the development of self-management skills, challenges to self-management in the modern world, and strategies for strengthening these skills. It emphasizes the proactive role of professional nurses and health care teams in health assessment, health promotion, counseling, follow-up, and the use of digital technology and health innovations to foster sustainable self-management, ultimately improving quality of life and enhancing the effectiveness of diabetes care in the modern context.

Keywords: Self-management, Diabetes Mellitus, modern era, registered nurse, digital health

* Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*** Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Nongnaphat Rungnoei, E-mail: nongnaphat@bcnsurat.ac.th

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลกลูโคสในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ เกิดจากเบต้าเซลล์ในตับอ่อนสร้างอินซูลิน (Insulin) ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หรืออินซูลินมากพอแต่ร่างกายไม่สามารถนำไปใช้ได้ จึงไม่สามารถเปลี่ยนกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ (Ohiagu et al., 2021) นับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้เป็นโรคเบาหวานและครอบครัวทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม จากสถิติทั่วโลกในปี ค.ศ. 2024 มีผู้ที่อายุ 20-79 ปี เป็นโรคเบาหวานสูงถึงจำนวน 589 ล้านคน และคาดว่าในปี ค.ศ. 2050 จะมีผู้เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 853 ล้านคน โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ (International Diabetes Federation, 2025) และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ รวมทั้งมีอุบัติการณ์เสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงขึ้น เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่อมไร้ท่อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท สมอ ระบบทางเดินอาหาร ตา ไต และภูมิคุ้มกันจนนำไปสู่การเสียชีวิตได้ (Ohiagu et al., 2021) ผู้เป็นโรคเบาหวานมีภูมิคุ้มกันต่ำกว่าผู้อื่น การติดเชื้อส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงชีวิตได้ทั้งจากเชื้อแบคทีเรียและไวรัส (Jawd & Al-Fatlawi, 2022) การเผชิญกับวิกฤตโควิด-19 ตั้งแต่ พ.ศ. 2563 เป็นเวลากว่า 3 ปี ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม การปรับตัวในโลกยุคใหม่หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นชีวิตวิถีใหม่ (New normal) (DeSalvo et al., 2021) นับว่ามีความสำคัญยิ่งสำหรับผู้เป็นโรคเบาหวาน ระบบบริการสุขภาพต้องเผชิญความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงของโลกอย่างไม่หยุดยั้ง ทั้งการเข้าสู่สังคมสูงวัย อุตสาหกรรมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคอุบัติใหม่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ค่านิยมของคนรุ่นใหม่ และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดด จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้เป็นโรคเบาหวานต้องปรับเปลี่ยนให้รองรับการเปลี่ยนแปลงของบริบทโลก

สำหรับประเทศไทย ระบบบริการสุขภาพหลังจากสถานการณ์โควิด-19 สงบ ได้ปรับตัวเข้าสู่ชีวิตวิถีใหม่ มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น การให้บริการสุขภาพทางไกล (Telehealth) หรือการพยาบาลทางไกล (Telenursing) การให้คำปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ ลดการเดินทางไปโรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพและสถานที่สาธารณะมีมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทีมสุขภาพและปรับปรุงโครงสร้างระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ไม่เพียงแต่ช่วยลดความเสี่ยงจากโรคระบาดในอนาคต แต่ช่วยเพิ่มความสะดวกและประสิทธิภาพในการให้บริการด้วย นับเป็นความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในโลกยุคปัจจุบันที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านเทคโนโลยี เศรษฐกิจและสังคม การจัดการโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน จึงต้องการแนวทางใหม่ ๆ ที่เหมาะสมและทันสมัย ทักษะการจัดการตนเองถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้เป็นโรคเบาหวานสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับมือกับอุปสรรค และการพัฒนาความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้น ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งจากโรคและการรักษา

การจัดการตนเองในผู้เป็นโรคเบาหวาน

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่มีการกล่าวถึงมานานกว่า 50 ปี ในปี ค.ศ. 1970 เครียร์ (Creer, 2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองหมายถึงกระบวนการที่บุคคลมีการกำหนดเป้าหมาย เก็บรวบรวมข้อมูล ประมวลผลข้อมูล ประเมินผล ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมและประมวลผลข้อมูล 3) การประมวลผลและการประเมินผล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนการปฏิบัติ เป็นการควบคุมตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อจัดการกับปัญหาและเสริมสร้างสมรรถนะของบุคคลให้สามารถพัฒนาตนเองได้ พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้

ทางสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1977) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าบุคคลจะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด เริ่มจากกระบวนการคิด การสังเกต ตัดสินใจ แสดงปฏิกิริยาตอบสนองส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองที่เหมาะสม บุคคลที่จัดการตนเองได้ดีจะเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถบริหารจัดการเวลาได้มีประสิทธิภาพ มีความมั่นคงในอารมณ์ มีแรงจูงใจในตนเอง ปรับเปลี่ยนนิสัยตนเองได้ ส่วนลอริกและโฮล์แมน (Lorig & Holman, 2003) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ควบคุมอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดผลกระทบจากการเจ็บป่วย ซึ่งต้องอาศัยคำแนะนำและความร่วมมือของทีมสุขภาพ ประกอบด้วย

1) การจัดการทางการแพทย์ (Medical management) เป็นการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการตรวจติดตามผลการรักษา การจัดการที่เกิดจากการบริการแบบสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ ที่ให้บริการอย่างเชื่อมโยงกันในทุกมิติทั้งการรักษาด้วยยา การปรับพฤติกรรมด้านอาหาร การส่งเสริมการดูแลตนเองที่ลดช่องว่างระหว่างการบริการในสถานพยาบาลและความเป็นอยู่จริงของผู้เป็นโรคเบาหวาน การให้คำปรึกษาแก่ผู้เป็นโรคเบาหวานหรือครอบครัว โดยใช้การสื่อสารในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งเอกสารและสื่อเทคโนโลยีที่เน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง จะช่วยส่งเสริมการจัดการการดูแลตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวานได้

2) การจัดการบทบาทหน้าที่ (Role management) เป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย เริ่มต้นจากการปรับตัวให้เข้ากับชีวิตประจำวัน บทบาทในครอบครัวหรือสังคมได้ตามปกติ มีความสามารถในการใช้ยา ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ควบคุมอารมณ์ ลดการดื่มสุรา ลดการสูบบุหรี่ ลดน้ำหนัก รวมทั้งมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้คำปรึกษาผู้เป็นโรคเบาหวานแต่ละรายบุคคลให้สามารถระมัดระวังระดับความสำคัญ และมุ่งสู่เป้าหมายเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งกิจกรรมนี้จะส่งผลให้มีทักษะในการจัดการตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น

3) การจัดการด้านอารมณ์ (Emotional management) การจัดการด้านอารมณ์เป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการรับมือกับความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และอารมณ์เชิงลบอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากความยากลำบากในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการปรับตัวต่อโรคเรื้อรัง ผู้เป็นโรคเบาหวานมีแนวโน้มเผชิญปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการรักษาและคุณภาพชีวิต การร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพในการจัดการด้านอารมณ์ควรครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการประเมินภาวะทางจิตใจ การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการปรับตัวและส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง จำเป็นต้องฝึกทักษะต่าง ๆ เพื่อให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยทักษะสำคัญ 6 ประการ (Lorig & Holman, 2003) ได้แก่

1. การแก้ปัญหา (Problem solving) เป็นส่วนสำคัญที่สุดของทักษะการจัดการตนเอง (Lorig & Holman, 2003) การให้ความรู้สำหรับผู้เป็นโรคเบาหวานให้เข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อน การใช้ยา ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 3 ลด คือ ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ควบคุมอารมณ์ ลดความอ้วน ลดบุหรี่ และลดการดื่มสุรา เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้เป็นโรคเบาหวาน (Tienthavorn, 2013) เพราะการให้ข้อมูลพื้นฐานเป็นข้อมูลนำเข้าสู่ที่ช่วยให้ผู้เป็นโรคเบาหวานสามารถนำไปประยุกต์หรือใช้แก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันได้

2. การตัดสินใจ (Decision making) ผู้เป็นโรคเบาหวานมักจะพบกับปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่ไม่แน่นอน ต้องตัดสินใจกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น สิ่งสำคัญในการฝึกทักษะในการตัดสินใจคือ การให้ความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับการจัดการตนเองและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการตัดสินใจกับปัญหาดังกล่าว ซึ่งต้องอยู่บนพื้นฐานการมีความรู้และได้รับข้อมูลที่เพียงพอ (Li et al., 2021)

3. การใช้แหล่งประโยชน์ (Resource utilization) เป็นการส่งเสริมให้ผู้เป็นโรคเบาหวานเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและใช้แหล่งประโยชน์ในสังคมและชุมชนได้อย่างเหมาะสม การแนะนำแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทีมสุขภาพควรแนะนำ เพื่อให้ผู้เป็นโรคเบาหวานได้ติดต่อและเลือกใช้แหล่งข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ (Huang et al., 2024)

4. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ใช้บริการกับบุคลากรทีมสุขภาพ (The formation of a client-provider partnership) เป็นการส่งเสริมความร่วมมือทั้งสองฝ่ายระหว่างผู้ให้บริการและผู้เป็นโรคเบาหวาน ให้มีการพิจารณาข้อมูลและวางแผนร่วมกัน ทักษะนี้ช่วยให้ผู้เป็นโรคเบาหวานมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยมีบุคลากรทีมสุขภาพเป็นเพียงผู้ชี้แนะแนวทาง (Freeman-Hildreth et al., 2024)

5. การลงมือปฏิบัติ (Taking action) เป็นการวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการลงมือปฏิบัติในการจัดการตนเอง การกำหนดเป้าหมายของการลดระดับน้ำตาลในเลือด น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด น้ำหนักตัว การลดการดื่มสุราหรือการสูบบุหรี่ ถือเป็นกุญแจสำคัญสู่ความสำเร็จในการจัดการตนเอง ซึ่งการกำหนดเป้าหมายควรกำหนดในระยะสั้นก่อน เช่น เริ่มต้นจาก 4 สัปดาห์ ต่อมาเป็น 12 สัปดาห์ และ 16 สัปดาห์ ตามลำดับ เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การกำหนดเป้าหมายระยะสั้นเป็นการให้เวลาเพื่อให้ผู้เป็นโรคเบาหวานได้ปรับตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านอื่น ๆ ตามมาด้วย (Lorig et al., 2020)

6. การปรับเปลี่ยนการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Self-tailoring) เป็นทักษะการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับตนเอง ถือเป็นติดตามตนเองและฝึกให้ผู้เป็นโรคเบาหวานรับผิดชอบต่อตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมจัดการตนเองว่าบรรลุตามแผนที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ หากไม่เป็นไปตามแผนเป้าหมายก็สามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้เป็นโรคเบาหวานแต่ละราย เพียงพอ (DeWalt et al. 2009)

เมื่อพิจารณาปัญหาของผู้เป็นโรคเบาหวาน พบว่า มีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ขาดสมรรถนะในการดูแลตนเอง ประกอบกับระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานที่นานขึ้น ทำให้มีความเสี่ยงในการทำหน้าที่ของตับอ่อนเพิ่มขึ้น (Alsuliman et al., 2021) ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ที่ผ่านมา จำนวน 34 เรื่อง พบว่า ผู้เป็นโรคเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่น่าพอใจ การออกกำลังกายถูกจัดให้เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปฏิบัติน้อยที่สุด และมีการปฏิบัติด้านการใช้ยามากที่สุด (da Rocha et al., 2020) สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยในประเทศไทย พบว่า ผู้เป็นโรคเบาหวานที่มารักษา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง มากกว่าร้อยละ 50 มีพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการใช้ยามีคะแนนสูงสุดและอยู่ในระดับดี โดยมีผู้เป็นโรคเบาหวานถึงร้อยละ 89.98 ที่สามารถจัดการตนเองในด้านการใช้ยาได้ดี รองลงมาคือ ด้านการจัดการอารมณ์ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการออกกำลังกายมีคะแนนต่ำสุดและอยู่ในระดับไม่ดี โดยมีผู้เป็นโรคเบาหวานถึงร้อยละ 77.98 ที่ไม่สามารถจัดการตนเองได้ดีในด้านนี้ (Ubolwan et al., 2022) นอกจากนี้พบว่าผู้เป็นโรคเบาหวานบางรายมีการจัดการตนเองไม่เหมาะสม มีการใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน เนื่องจากเข้าใจว่าการใช้สมุนไพรช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ บางรายไม่มาตรวจตามนัดและหยุดรับประทานยาแผนปัจจุบัน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้ ดังนั้น การพัฒนาความรู้ความเข้าใจและทักษะการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวานนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

จากแนวคิดการจัดการตนเองของลorigและโฮล์แมน (Lorig & Holman, 2003) ในด้านการจัดการทางการแพทย์ ผู้เป็นโรคเบาหวานต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา ทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา การใช้ยาและการตรวจติดตามผลการรักษา สำหรับการจัดการบทบาทหน้าที่ ผู้เป็นโรคเบาหวานต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสมกับ

การเจ็บป่วย ยอมรับว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน ส่วนด้านการจัดการอารมณ์นั้น มีความสำคัญมากเนื่องจากภาวะเครียดสำหรับผู้เป็นโรคเบาหวานจะกระตุ้นให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิดซึ่งมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เช่น คอร์ติซอล (Cortisol) เป็นฮอร์โมนความเครียดที่ผลิตโดยต่อมหมวกไต ซึ่งจะลดการทำงานของอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง อะดรีนาลีน (Adrenaline) เป็นฮอร์โมนที่หลั่งออกมาในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือภาวะเครียดเช่นกัน กระตุ้นให้มีการปล่อยน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดเพื่อให้ร่างกายมีพลังงานพร้อมใช้งาน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น เป็นต้น (Falco et al., 2015) การจัดการทั้งด้านการแพทย์ บทบาทหน้าที่และการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้เป็นโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น กล่าวได้ว่า การจัดการตนเองเป็นการส่งเสริมให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยประเมินตนเอง ตระหนักรู้และจัดการปัญหาของตนเอง ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เป็นโรคเบาหวานได้ บุคคลที่สามารถจัดการตนเองได้ดีย่อมนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวาน

ผู้เป็นโรคเบาหวานที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี ส่งผลให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง มีทั้งปัจจัยที่ส่งผลทางบวกและทางลบ ปัจจัยที่ส่งผลทางบวก คือ การสนับสนุนให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี และผลกระทบทางลบทำให้ผู้เป็นโรคเบาหวานไม่ให้ความร่วมมือในการจัดการตนเองหรือส่งผลในทางตรงกันข้าม ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็นปัจจัยหลัก 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ด้านสังคม และด้านระบบบริการ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ผู้เป็นโรคเบาหวานเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการจัดการตนเอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) เป็นความเชื่อของบุคคลว่า ตนมีความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ ที่จำเป็นเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1977) มีผลการศึกษาว่า การรับรู้ความสามารถตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญ การส่งเสริมให้ผู้เป็นโรคเบาหวานเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจึงมีความสำคัญในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการจัดการตนเองในระยะยาว (Jiang et al., 2024)

1.2 ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากปัจจัยข้างต้น คือ การส่งเสริมให้ผู้เป็นโรคเบาหวานมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องผ่านขั้นตอนที่เป็นลำดับ (Transtheoretical model) จากขั้นเฉยเมย (Precontemplation) ขึ้นตระหนักรู้ว่ามีปัญหา (Contemplation) ขึ้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Preparation) ขึ้นลงมือปฏิบัติ (Action) และขึ้นคงไว้หรือปฏิบัติสม่ำเสมอ (Maintenance) (Prochaska & Velicer, 1997) ระดับความพร้อมของบุคคลจึงมีความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงสู่พฤติกรรมใหม่ และสามารถรักษาพฤติกรรมนั้นไว้ได้ในระยะยาว ถ้าผู้เป็นโรคเบาหวานมีขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาก คือ ขึ้นการลงมือปฏิบัติหรือปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับมากเช่นกัน

1.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief) ตามกรอบของแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งนำไปสู่การแสวงหาความรู้และนำมาใช้ในการดูแลตนเอง (Darvishi et al., 2025)

1.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นความสามารถในการเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ ในการรับรู้ เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้าน

สุขภาพ (World Health Organization, 2022) เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด อาจเป็นอุปสรรคในการเข้าใจคำแนะนำในการรักษา และตัดสินใจอย่างรอบรู้ ส่งผลให้การดูแลตนเองไม่เหมาะสม

2. ปัจจัยด้านสังคม ในที่นี้หมายถึงการสนับสนุนทางสังคม (Social support) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวาน (Zheng et al., 2024) รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการสุขภาพ ล้วนมีอิทธิพลต่อการสร้างแรงจูงใจ และความสม่ำเสมอรวมทั้งความยั่งยืนในการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นการสนับสนุนทั้งทางอารมณ์ ข้อมูล และเครื่องมือที่จำเป็น สามารถบรรเทาผลกระทบจากความเครียด และส่งเสริมความรับผิดชอบในการจัดการตนเอง ทั้งการจัดการอาหาร ยา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค การสนับสนุนและให้การยอมรับต่อความเจ็บป่วยจากคนในครอบครัว จัดเป็นปัจจัยที่เอื้อที่สำคัญที่สุดต่อการจัดการโรคด้วยตนเอง (Suglo & Evans, 2020)

3. ปัจจัยด้านระบบบริการ คุณภาพของระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการให้ความรู้ ทักษะการดูแลตนเอง การสนับสนุนเครื่องมือที่จำเป็น และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ปัจจุบันมีการพัฒนาคลินิกเบาหวานวิถีใหม่ที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามแนวคิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการ ซึ่งจัดบริการตามระดับความรุนแรงของโรค พร้อมองค์ประกอบด้านโครงสร้าง บุคลากร และการดูแลแบบประคับประคอง นอกจากนี้ยังมีระบบสนับสนุนต่อเนื่อง เช่น การเยี่ยมบ้าน การติดตามโดยอาสาสมัคร และการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการและเทคโนโลยี (Rungnoi et al., 2024) จึงควรพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ใช้บริการในแต่ละพื้นที่

ความท้าทายในการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวานในโลกยุคใหม่

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ผู้เป็นโรคเบาหวานจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพ และแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและรักษาคุณภาพชีวิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม การจัดการตนเองจึงเป็นกลไกสำคัญของการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในบริบทโลกยุคใหม่ ทั้งในด้านเทคโนโลยี สังคมและวัฒนธรรม ก่อให้เกิดความท้าทายในการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวาน มีดังนี้

1. ความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยีและสุขภาพดิจิทัล การพัฒนาเทคโนโลยีด้านการรักษาพยาบาล และสุขภาพดิจิทัลควบคู่กับความต้องการบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการบูรณาการนวัตกรรมใหม่เข้าสู่ระบบบริการ เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพสำหรับการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น การติดตามภาวะสุขภาพ อุปกรณ์วัดน้ำตาลแบบต่อเนื่อง แอปพลิเคชันแนะนำด้านโภชนาการ และบริการสุขภาพทางไกล ซึ่งช่วยให้ผู้เป็นโรคเบาหวานสามารถสื่อสารกับบุคลากรทีมสุขภาพผ่านระบบออนไลน์ เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกและทั่วถึงมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้เทคโนโลยีจะช่วยให้ผู้เป็นโรคเบาหวานสามารถติดตามสุขภาพด้วยตนเองได้ง่ายขึ้น แต่ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้มีรายได้น้อยที่ขาดอุปกรณ์หรือทักษะในการใช้งาน รวมถึงความกังวลด้านความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลและความไม่ไว้วางใจในเทคโนโลยี (Bashi et al., 2020) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุหรือผู้มีรายได้น้อยที่ไม่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์ หรือขาดทักษะในการใช้งานปัญหาด้านความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลและการไม่ไว้วางใจเทคโนโลยีจึงเป็นอุปสรรคที่สำคัญ

2. การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและบริบททางสังคม สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในเมืองใหญ่ ส่งผลให้ผู้เป็นโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงมากขึ้น เช่น การรับประทานอาหารจานด่วน ขนมหวานหรืออาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต การมีกิจกรรมทางกายน้อยลง รวมถึง

ความเครียดจากการทำงาน ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการตนเอง (Popkin et al., 2021) นอกจากนี้ การลดบทบาทของครอบครัวและชุมชนในสังคมสมัยใหม่ซึ่งอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การย้ายถิ่นฐาน การแยกครอบครัว รวมถึงสังคมสมัยใหม่ที่มีความเป็นปัจเจกนิยมสูงและความสัมพันธ์ทางสังคมที่หละหลวม ส่งผลกระทบต่อการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากทำให้ผู้เป็นโรคเบาหวาน ขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวานโรคเรื้อรัง (Huang et al., 2024)

3. อุปสรรคทางวัฒนธรรมและความเชื่อ ผู้เป็นโรคเบาหวานบางรายอาจมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานในลักษณะที่ลดความสำคัญของการดูแลตนเอง เช่น เชื่อว่าโรคเบาหวานเป็น “กรรม” หรือ “โรคของคนแก่” ทำให้ขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือบางรายเชื่อว่าการมีกรรมพันธุ์เป็นโรคเบาหวาน แม้ตนเองจะรับประทานอาหารป้องกันโรคเบาหวานก็ไม่สามารถป้องกันโรคได้ นอกจากนี้การใช้ภาษาทางการแพทย์ที่ซับซ้อนหรือการสื่อสารที่ไม่เข้าใจบริบทวัฒนธรรมของผู้เป็นโรคเบาหวาน อาจลดประสิทธิภาพของการให้ความรู้และคำแนะนำ (Nikpour et al., 2022)

4. ความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพ แม้แนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะได้รับการส่งเสริมมากขึ้น แต่ในทางปฏิบัติ ระบบบริการสุขภาพยังประสบข้อจำกัดด้านเวลาและบุคลากร เช่น การพบแพทย์เพียงระยะเวลาสั้น และไม่ได้ทำงานร่วมกันเป็นทีมเท่าที่ควรในการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งส่งผลให้การให้คำแนะนำและการสนับสนุนการจัดการตนเองไม่เพียงพอ (Nikpour et al., 2022) นอกจากนี้ระบบติดตามหลังการรักษาที่ขาดความต่อเนื่อง ทำให้ผู้เป็นโรคเบาหวานรู้สึกว่าตน “อยู่ลำพัง” ในการจัดการโรค รวมถึงความไม่มีประสิทธิภาพของผู้ดูแล เช่น ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการรักษาพยาบาล

5. ปัจจัยด้านจิตสังคมและสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความรู้สึกล้มเหลว เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้เป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ภาวะเหล่านี้มีผลต่อการตัดสินใจ การสร้างแรงจูงใจ และความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง หากไม่ได้รับการประเมินและสนับสนุนทางจิตสังคมอย่างเหมาะสม ผู้เป็นโรคเบาหวานอาจล้มเหลวในการจัดการตนเองระยะยาว (Zheng et al., 2024)

แนวทางและรูปแบบการเสริมสร้างทักษะจัดการตนเองในโลกยุคใหม่สำหรับผู้เป็นโรคเบาหวานของบุคลากรทีมสุขภาพ

จากปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองและความท้าทายในการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวานในโลกยุคใหม่ การเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวานจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีการให้สอดคล้องกับบริบทในโลกยุคใหม่ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการในลักษณะเชิงรุกตามแนวทางดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพอย่างสมบูรณ์ (Comprehensive health assessment)

การประเมินภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุมเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวาน โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติจริงมักพบข้อจำกัด เช่น ระยะเวลาให้บริการที่จำกัด ความแออัดของผู้รับบริการ และเครื่องมือประเมินที่ไม่เพียงพอ (Rungnoi et al., 2025) การนำแนวคิด สบช. โมเดล มาใช้ร่วมกับเครื่องมือ “ป้องกันจรรยาชีวิตเจ็ดสี” เป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้เป็นโรคเบาหวานเข้าใจสถานะสุขภาพของตนเองได้ชัดเจนขึ้น โดยจำแนกกลุ่มเป้าหมายเป็น 7 ระดับ ได้แก่ สีขาว: ปกติ สีเขียวอ่อน: กลุ่มเสี่ยง สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง: กลุ่มป่วยระดับเล็กน้อยถึงมาก สีดำ: ป่วยรุนแรงและมีโรคแทรกซ้อน (Tienthavorn, 2013) ผู้เขียนได้นำแนวคิดนี้ไปใช้คัดกรองผู้เป็นโรคเบาหวานในคลินิก และวางแผนส่งเสริม

ความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก “3 อ. 3 ลด” ซึ่งช่วยลดความรุนแรงของโรค เช่น จากสีแดงเป็นสีส้ม สีเหลือง และสีเขียวเข้ม

2. การให้ความรู้และสนับสนุนการตัดสินใจของผู้เป็นโรคเบาหวานอย่างเหมาะสม

การประเมินความรู้และทักษะของผู้เป็นโรคเบาหวานและครอบครัวในการจัดการตนเอง เป็นขั้นตอนสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทีมสุขภาพเข้าใจบริบทพื้นฐานของผู้เป็นโรคเบาหวาน และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานและแนวทางการดูแลตนเองได้อย่างสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการเฉพาะบุคคล การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันในกลุ่ม เป็นอีกหนึ่งกลยุทธ์ที่ช่วยพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง โดยเฉพาะในด้านการตัดสินใจ การปรับแผนการดูแล และการรับมือกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เกิดจากการดำรงชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม การบูรณาการแนวทางดังกล่าวจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เป็นโรคเบาหวานในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และการสนับสนุนจากทีมสุขภาพที่เข้าใจบริบทชีวิตของผู้เป็นโรคเบาหวาน (Nikpour et al., 2022)

3. การสร้างระบบสนับสนุนการจัดการตนเองต่อเนื่องผ่านครอบครัวและชุมชน

พยาบาลวิชาชีพควรทำงานเชิงรุกในชุมชนร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและญาติ โดยประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และพัฒนาทักษะในการจัดการตนเองทั้งผู้เป็นโรคเบาหวานและญาติผู้ดูแล เช่น ฝึกทักษะการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ความผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา เพื่อให้ผู้เป็นโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนวิถีในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคได้สอดคล้องกับบริบทในโลกยุคใหม่ โดยประเมินผลและติดตามผลลัพธ์ของการดูแลเป็นระยะ เพื่อให้ผู้เป็นโรคเบาหวานรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและสามารถปรับแผนการดูแลและจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

4. การส่งเสริมการดูแลด้วยความเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรม (Culturally sensitive care)

และปัจเจกบุคคล เพื่อให้การให้ความรู้และคำแนะนำสอดคล้องกับความเชื่อและค่านิยมของผู้เป็นโรคเบาหวานและครอบครัว หากผู้เป็นโรคเบาหวานมีความเชื่อที่สวนทางกับบ้านบางชนิดมีสรรพคุณในการควบคุมน้ำตาลในเลือด พยาบาลไม่ควรปฏิเสธความเชื่อนั้นทันที แต่ควรร่วมพูดคุยกับผู้เป็นโรคเบาหวานถึงแนวทางการใช้สมุนไพรควบคู่กับการใช้ยาแผนปัจจุบัน พร้อมอธิบายถึงข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือกด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตของชุมชน และควรให้ทีมสหวิชาชีพโดยเฉพาะเภสัชกรและแพทย์ร่วมกันพิจารณาความเหมาะสมเพื่อความปลอดภัยของผู้เป็นโรคเบาหวานในการรักษามากที่สุด

5. การบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตและจิตสังคมในกระบวนการจัดการตนเอง

การจัดการอารมณ์และการมีสติเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะในบริบทที่มีความเครียดสูง การฝึกสติช่วยให้ผู้เป็นโรคเบาหวานรับรู้และเข้าใจความรู้สึกของตนเองอย่างไม่ตัดสิน ส่งผลให้สามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น และลดผลกระทบจากภาวะทางจิตใจที่อาจรบกวนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พยาบาลวิชาชีพควรส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาทักษะด้านนี้ เช่น การฝึกสมาธิ การสะท้อนตนเอง และการให้คำปรึกษาเชิงจิตสังคม รวมถึงการทำงานร่วมกับนักจิตวิทยาและอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อจัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนทางอารมณ์ เปิดโอกาสให้ผู้เป็นโรคเบาหวานแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้การจัดการอารมณ์ของตนเอง นอกจากนี้ การสื่อสารที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของผู้เป็นโรคเบาหวาน เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและส่งเสริมการมี

ส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาทางการแพทย์ที่ซับซ้อนซึ่งอาจลดประสิทธิภาพของการให้คำแนะนำ (Nikpour et al., 2022)

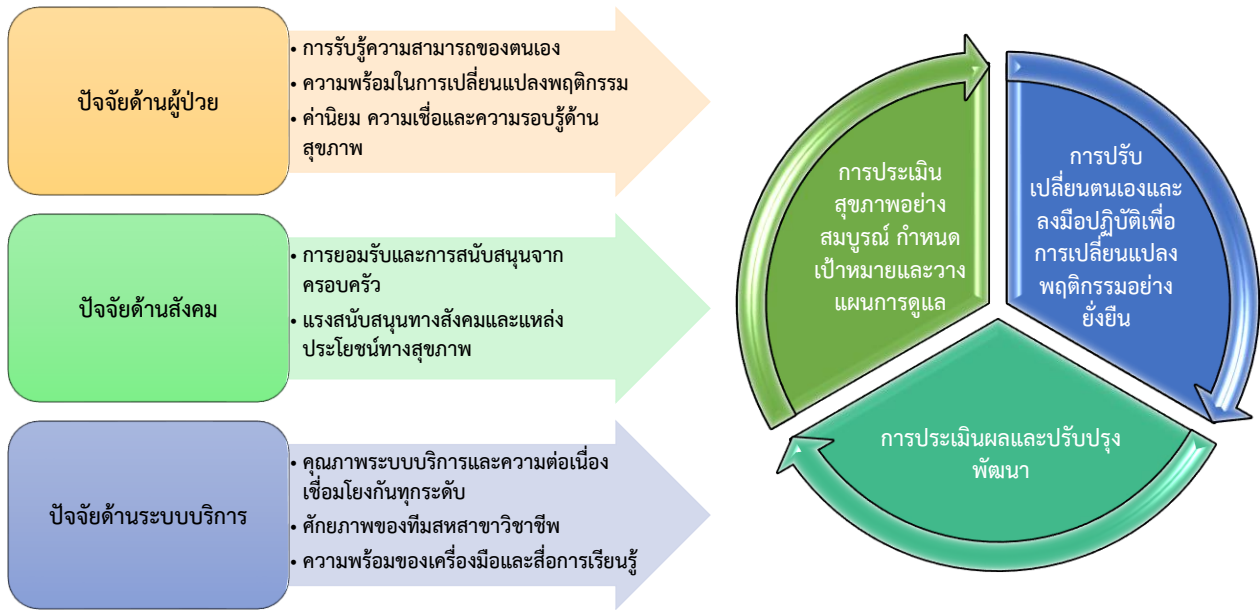
6. การพัฒนาบุคลากรทีมสุขภาพให้มีบทบาทเป็นผู้เสริมพลังมากกว่าผู้สั่งการ

เป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านการให้คำปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและพร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง จากประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ (Faculty Practice) และการดำเนินการวิจัยในคลินิกเบาหวาน พบว่าเทคนิค “ถาม ชม แนะนำ” (Diabetes Association of Thailand et al., 2023) เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการจัดการตนเอง โรคเบาหวาน โดย “การถาม” ช่วยเปิดโอกาสให้ผู้เป็นโรคเบาหวานสะท้อนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเอง เช่น การตั้งคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความเข้าใจในการใช้ยา หรือความรู้สึกต่อการควบคุมอาหาร “การชม” เป็นการเสริมแรงทางบวกที่ช่วยสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจ เช่น การชื่นชมความพยายามในการออกกำลังกายหรือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด “การแนะนำ” เป็นการให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับบริบทของผู้เป็นโรคเบาหวาน โดยเน้นการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน และสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้เป็นโรคเบาหวาน เพื่อให้เกิดการยอมรับและนำไปปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ บุคลากรทีมสุขภาพควรให้บริการด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เข้าถึงง่าย และไม่ตัดสิน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้เป็นโรคเบาหวานรายใหม่ให้ความสำคัญ จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่กล้าซักถามหรือแสดงความกังวล เนื่องจากกลัวถูกตำหนิเมื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หรือปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง (Rungnoei et al., 2025) การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารและการให้คำปรึกษาเชิงบวกจึงเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างความร่วมมือและส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างยั่งยืน

7. การพัฒนาสื่อการเรียนรู้และส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับผู้ใช้งาน

โดยคำนึงถึงทักษะดิจิทัล ภาษา วัฒนธรรม และบริบทการใช้ชีวิต ออกแบบเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับผู้เป็นโรคเบาหวานแต่ละช่วงวัย จากประสบการณ์ของผู้เขียนได้ร่วมกันผลิตผลงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวานพร้อมทั้งจัดกิจกรรมบริการวิชาการแก่ผู้เป็นโรคเบาหวานทั้งในคลินิกเบาหวานและในชุมชน พบว่า การพัฒนาแอปพลิเคชันและระบบการพยาบาลทางไกลที่สามารถให้บริการได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เป็นโรคเบาหวานช่วยให้ผู้เป็นโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น (Rungnoei et al., 2025)

จากการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองและพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองวิธีใหม่สำหรับผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และติดตามผลลัพธ์ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวานดีขึ้น (Rungnoei et al., 2024) และผู้เขียนได้วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องพร้อมทั้งสังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบ ฯ แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองวิถีใหม่สำหรับผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวานในโลกยุคใหม่ต้องเผชิญกับความท้าทายหลากหลายมิติดังได้กล่าวแล้ว ซึ่งต้องการการตอบสนองเชิงระบบที่เข้าใจบริบทชีวิตของผู้เป็นโรคเบาหวาน เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม การพัฒนาศักยภาพของทีมนสหสาขาวิชาชีพทุกระดับ การออกแบบบริการที่เข้าใจบริบททางวัฒนธรรมและปัจเจกบุคคลจะเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้เป็นโรคเบาหวานที่นำไปสู่การจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวานที่ยั่งยืน ถือเป็นบทบาทสำคัญของบุคลากรทีมนสุขภาพในการช่วยพัฒนาทักษะการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวาน ในบริบทโลกยุคใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเกิดจากร่างกายมีภาวะดื้ออินซูลิน ส่วนใหญ่พบในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากผู้เป็นโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมโรคได้จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้จากปัญหาที่พบในการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานและบริบทในโลกยุคใหม่ ทำให้ต้องปรับเปลี่ยนระบบการดูแลสุขภาพวิถีใหม่ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองโดยคำนึงถึงศักยภาพของผู้เป็นโรคเบาหวาน ประเมินภาวะสุขภาพอย่างสมบูรณ์ คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในทุกมิติทั้งกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ จัดหาแหล่งประโยชน์อย่างเพียงพอ ประสานความร่วมมือระหว่างทีมนสุขภาพในการดูแลให้คำปรึกษา ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการประเมินและติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคเบาหวาน เสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนตนเองและสนับสนุนการลงมือปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ซึ่งจะช่วยให้ผู้เป็นโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของผู้เป็นโรคเบาหวานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

Reference

- Alsuliman, M. A., Alotaibi, S. A., Zhang, Q., & Durgampudi, P. K. (2021). A systematic review of factors associated with uncontrolled diabetes and meta-analysis of its prevalence in Saudi Arabia since 2006. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, *37*(3), e3395. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3395>
- Banday, M. Z., Sameer, A. S., & Nissar, S. (2020). Pathophysiology of diabetes: An overview. *Avicenna Journal of Medicine*, *10*(4), 174–88. https://doi.org/10.4103/ajm.ajm_53_20
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Bashi, N., Fatehi, F., Mosadeghi-Nik, M., Askari, M. S., & Karunanithi, M. (2020). Digital health interventions for chronic diseases: A scoping review of evaluation frameworks. *BMJ Health & Care Informatics*, *27*(1), e100066. <https://doi.org/10.1136/bmjhci-2019-100066>
- Creer, T. L. (2000). Self-management of chronic illness. In *Handbook of self-regulation* (pp. 601–29). Academic Press.
- da Rocha, R. B., Silva, C. S., & Cardoso, V. S. (2020). Self-care in adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *Current Diabetes Reviews*, *16*(6), 598–607. <https://doi.org/10.2174/1573399815666190702161849>
- Darvishi, A., Hassani, L., Mohseni, S., & Shahabi, N. (2025). Predicting preventive self-care behaviours among type 2 diabetes based on the health belief model in Bandar Abbas city: A cross-sectional study. *BMJ Open*, *15*(1), e091420. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-091420>
- DeSalvo, K., Hughes, B., Bassett, M., Benjamin, G., Fraser, M., Galea, S., Garcia, N., & Howard, J. (2021). Public Health COVID-19 Impact Assessment: Lessons Learned and Compelling Needs. *NAM Perspectives*. Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington, DC. <https://doi.org/10.31478/202104c>
- DeWalt, D. A., Davis, T. C., Wallace, A. S., Seligman, H. K., Bryant-Shilliday, B., Arnold, C. L., Freburger, J., & Schillinger, D. (2009). Goal setting in diabetes self-management: Taking the baby steps to success. *Patient education and counseling*, *77*(2), 218–23. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.03.012>
- Diabetes Association of Thailand, Endocrine Society of Thailand, & Department of Medical Services. (2023). *Clinical practice guideline for diabetes 2023* (1st ed.). Srimuang Printing.
- Falco, G., Pirro, P. S., Castellano, E., Anfossi, M., Borretta, G., & Gianotti, L. (2015). The relationship between stress and diabetes mellitus. *Journal of Neurology and Psychology*, *3*(1), 1–7. <https://doi.org/10.13188/2332-3469.1000018>
- Freeman-Hildreth, Y., Aron, D., Cola, P. A., Boland Jr, R., & Wang, Y. (2024). Empowering diabetes management: The impact of patient-provider collaboration on type 2 diabetes outcomes through autonomy support and shared decision-making. *Patient Education and Counseling*, *127*, 108348. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108348>

- Huang, Y., Li, S., Lu, X., Chen, W., & Zhang, Y. (2024). The effect of self-management on patients with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare, 12*(21), 2151. <https://doi.org/10.3390/healthcare12212151>
- International Diabetes Federation. (2025). *IDF diabetes atlas* (11th ed.). https://diabetesatlas.org/media/uploads/sites/3/2025/04/IDF_Atlas_11th_Edition_2025.pdf
- Jiang, X., Jiang, H., & Li, M. (2024). The role of self-efficacy enhancement in improving self-management behavior for type 2 diabetes mellitus patients. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity, 17*, 3131–8. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S460864>
- Jawd, S. M., & Al-Fatlawi, H. Y. (2022). Types of diabetes and their effect on the immune system. *Journal of Advanced Pharmaceutical Practice, 4*(1), 21–30.
- Li, Z., Jin, Y., Lu, C., Luo, R., Wang, J., & Liu, Y. (2021). Effects of patient decision aids in patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing practice, 27*(6), e12914. <https://doi.org/10.1111/ijn.12914>
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 26*(1), 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Lorig, K., Holman, H., Sobel, D., Laurent, D., González, V., & Minor, M. (2020). *Living a healthy life with chronic conditions: Self-management skills for heart disease, arthritis, diabetes, depression, asthma, bronchitis, emphysema and other physical and mental health conditions* (5th ed.). Bull Publishing Company.
- Nikpour, S., Mehrdad, N., Sanjari, M., Aalaa, M., Heshmat, R., Mafinejad, M. K., Larijani, B., Nomali, M., & Ghezeljeh, T. N. (2022). Challenges of type 2 diabetes mellitus management from the perspective of patients: Conventional content analysis. *Interactive Journal of Medical Research, 11*(2), e41933. <https://doi.org/10.2196/41933>
- Ohiagu, F. O., Chikezie, P. C., & Chikezie, C. M. (2021). Pathophysiology of diabetes mellitus complications: Metabolic events and control. *Biomedical Research and Therapy, 8*(3), 4243–57. <https://doi.org/10.15419/bmrat.v8i3.663>
- Popkin, B. M., Barquera, S., Corvalan, C., Hofman, K. J., Monteiro, C., Ng, S. W., Swart, E. C., & Taillie, L. S. (2021). Towards unified and impactful policies to reduce ultra-processed food consumption and promote healthier eating. *The Lancet Diabetes & Endocrinology, 9*(7), 462–70. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(21\)00078-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00078-4)
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion, 12*(1), 38–48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Rungnoei, N., Dechboonyachit, P., Kruttakart, S., Churairat, D., Phianthanyakam, N., & Sringam, W. (2024). *Development of enhancing self-management model in the new normal among uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients* [Research Report]. Prachomkloa College of Nursing Phetchaburi Province. (in Thai)

- Rungnoei, N., Kruttakart, S., Klinhom, P., Phianthanyakam, N., Nokpaet, U., Sirikunwiwat, J., & Jaitham, B. (2025). *Development of health literacy enhancement model with Smart ME-DE application among new type 2 diabetes mellitus patients* [Research report]. Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. (in Thai)
- Suglo, J. N., & Evans, C. (2020). Factors influencing self-management in relation to type 2 diabetes in Africa: A qualitative systematic review. *PLOS ONE*, *15*(10), e0240938. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240938>
- Tienthavorn, V. (2013). *Surveillance, control and prevention system of DM and HT in Thailand: Policy to action*. The Agricultural Co-operative Federation of Thailand. (in Thai)
- Ubolwan, K., Sinthuchai, S., Namdej, N., Kittiboonthawal, P., Dejpitaksirikul, S., & Chuencham, J. (2022). Self-management behavior among older adults with type 2 diabetes mellitus and hypertension in primary care cluster Saraburi Province. *BCNNON Health Science Research Journal*, *16*(2), 99–110. (in Thai)
- World Health Organization. (2022). *Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 1. Overview*. World Health Organization.
- Zheng, C., Yin, J., Wu, L., Hu, Z., Zhang, Y., Cao, L., & Qu, Y. (2024). Association between depression and diabetes among American adults using NHANES data from 2005 to 2020. *Scientific Reports*, *14*, 27735. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-78345-y>



วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
แบบฟอร์มชำระค่าตีพิมพ์

วันที่.....เดือน พ.ศ.

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Journal of Health Science Research)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....มีความประสงค์ขอชำระค่าใช้จ่าย ดังนี้

ค่าตีพิมพ์

- | | | |
|----------------------|---|-------------|
| ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน | <input type="checkbox"/> ฉบับภาษาไทย | = 5,000 บาท |
| | <input type="checkbox"/> ฉบับภาษาอังกฤษ | = 8,000 บาท |
| ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน | <input type="checkbox"/> ฉบับภาษาไทย | = 6,000 บาท |
| | <input type="checkbox"/> ฉบับภาษาอังกฤษ | = 9,000 บาท |

ชำระเงิน รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

โดยชำระทาง เงินสด โอนเข้า เลขที่บัญชี 108-0-11201-4 ชื่อบัญชี เงินรายได้สถานศึกษา วทบ.จังหวัด
นนทบุรี ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขานนทบุรี (ส่งหลักฐาน e-mail : bcnonjournal@bcnon.ac.th)

ที่อยู่ที่จะจัดส่งเอกสารวารสาร

.....
.....

กรุณาออกใบเสร็จในนาม

.....
.....

ลายมือชื่อผู้สมัคร

(.....)

...../...../.....

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

60 ซอยติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 0-2525-3136 Email: bcnonjournal@bcnon.ac.th