



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
JOURNAL OF BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, SURIN

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

VOL. 16 NO. 1 JANUARY - APRIL 2026

ราชาวดีสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์



ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569

Volume 16 Number 1 January – May 2026

<https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

ISSN 2985-2900 (online)

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์เป็นวารสารวิชาการและการวิจัย ของวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

จุดมุ่งหมายของวารสาร

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ทั้งทางด้านวิชาการเทคโนโลยีสมัยใหม่ และผลงานการวิจัยให้แก่ พยาบาล อาจารย์ บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ให้แก่แหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาด้านสุขภาพทั้งในและนอกวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
3. เพื่อส่งเสริม สร้างสรรค์ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการสำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของพยาบาลและนักการศึกษา
4. เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา และองค์กรสุขภาพทั่วประเทศ

ขอบเขต:

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย ทางการพยาบาลและสุขภาพที่มีคุณภาพในระดับประเทศ แก่บุคลากรทางการพยาบาล สุขภาพ และผู้สนใจ

กำหนดการออกวารสาร

กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ (ตั้งแต่ 1 มกราคม 2569 เป็นต้นไป) ดังนี้

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นหน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไรซึ่งเปิดโอกาสรับตีพิมพ์ให้กับต้นฉบับที่มีคุณภาพ เพื่อการเผยแพร่สู่สาธารณชน อัตราค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ดังนี้

1. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาไทย สำหรับบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นเงิน 4,000 บาท/เรื่อง
2. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ สำหรับบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นเงิน 6,000 บาท/เรื่อง
3. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาไทย สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 5,000 บาท/เรื่อง
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 8,000 บาท/เรื่อง

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความดังกล่าวเป็นค่าใช้จ่ายในกระบวนการตรวจสอบบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และกระบวนการบริหาร ขั้นตอนการชำระเงินมีดังนี้:

1. เมื่อส่งบทความแล้ว กระบวนการคัดกรองครั้งแรกของวารสารจะดำเนินการโดยทีมบรรณาธิการ หากเอกสารที่ส่งมาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดกรอง บทความจะถูกปฏิเสธผ่านทางระบบ **ในขั้นตอนคัดกรองนี้ ผู้ส่งบทความยังไม่ต้องชำระเงินและสามารถขอคำอธิบายเพิ่มเติมสำหรับการปฏิเสธการพิจารณาการยอมรับการตีพิมพ์ได้**

2. เมื่อบทความผ่านการคัดกรองครั้งแรกแล้วให้ผู้แต่งดำเนินการชำระค่าธรรมเนียม

3. โปรดทราบว่าบทความที่ส่งเข้ามาสามารถถูกปฏิเสธได้ในภายหลัง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคำแนะนำในการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและการตัดสินใจขั้นสุดท้ายของทีมบรรณาธิการวารสาร **ทั้งนี้ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์เมื่อชำระเงินไม่สามารถขอคืนได้** หากบทความผ่านการพิจารณาแล้วว่าไม่พร้อมที่จะได้รับการตีพิมพ์

หมายเหตุ: ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ไม่มีนโยบายในการรับตีพิมพ์บทความแบบเร่งด่วน

การชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

ธนาคารกรุงไทย **ชื่อบัญชี :** ราชาวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์โดยน.ส.ธิดารัตน์ คณิงเพียร และนายธวัชชัย ยืนยาวและน.ส.สุณิสา สำเร็จดี **บัญชีเลขที่:** 310-3-46001-5

การเผยแพร่วารสาร : ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น ผู้อ่านสามารถติดตามอ่านราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ติดตามอ่านวารสารที่เว็บไซต์ <https://tcithaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ กองบรรณาธิการราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ งานวิจัยและบริการวิชาการ เลขที่ 320 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 32000 โทรศัพท์ 0-4451-4422 โทรสาร 0-4451-1737; E-mail: journalrachawadee@gmail.com

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เจ้าของ : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ผกาทิพย์ สิงห์คำ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิตรา เศลวัตตะกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ

ศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปียชื่อ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการ

ดร.ธิดารัตน์ คณึงเพียร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการผู้ช่วย

อาจารย์ธวัชชัย ยืนยาว

ดร.วรรณพร บุญเปล่ง

อาจารย์กุศลมาล แสงบุญมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กองบรรณาธิการ

นางวาอากาศเอกหญิงผู้ช่วยศาสตราจารย์

ดร.วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์

รองศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง อีระทองคำ

ข้าราชการบำนาญ

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวน

รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจริญนัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉริยา ปทุมวัน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริมาลย์ นิละไพจิตร

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต

รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีัญญา จุฬาริ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ดง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติภูมิ ภิญโย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

ดร.พัชรี ใจการุณ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กองบรรณาธิการ (ต่อ)

ดร.สาดี แฮมิลตัน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มาสริน ศุกลปักษ์

ดร.สุริยา ฟองเกิด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรินยา พลสิงห์ชาญ

ดร.วรรณถ พรหมศวร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุตม์ชฎาน์ อินทเรือง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์กร ชัยวงศ์

ดร.นพดล พิมพ์จันทร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จงกิจ วงษ์พินิจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณวัตร สันประโคน

ฝ่ายจัดการ

นางสาวสุณิสา สำเร็จดี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วารสารได้รับการรับรองเป็นวารสารกลุ่มที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572

บทความและรายงานวิจัยในราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลั่นกรองบทความ
ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569 ISSN 2985-2900 (online)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด
1	ผศ.ดร.สุจรรยา โลหาชีวะ	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
2	ดร.สุรียา พองเกิด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
3	ผศ.ดร.วิญญูทัตญญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
4	ผศ.ดร.นริมาลย์ นิละไพจิตร	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5	ผศ.ดร.ศรินยา พลสิงห์ชาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
6	ดร.นพดล พิมพ์จันทร์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสมนม จังหวัดสุรินทร์
7	ผศ.ดร.สุพิตรา เศลวัตนะกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
8	ดร.ปฐิรินทร์ ศรีศศลักษณ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
9	ผศ.ดร.สาคร อินโทโล่	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
10	ผศ.ดร.สมจิตต์ เวียงเพิ่ม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
11	ดร.ทักษิณีย์ ทิพย์สูงเนิน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
12	ดร.บังอร เผื่อน้อย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
13	ดร.สุภาณี คลังฤทธิ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
14	ดร.อรรธยา อมรพรหมภักดี	กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
15	ผศ.ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
16	ดร.เกียรติศักดิ์ ออกลงนะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
17	ผศ.ดร.ปณวัตร สันประโคน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
18	ดร.พัชรี ใจการุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลั่นกรองบทความ
ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ (ต่อ)

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569 ISSN 2985-2900 (online)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด
19	รอ.ดร.กิตติพงษ์ พลทิพย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
20	ผศ.ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
21	ผศ.ดร.อรรณูญา นามวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
22	ดร.ขวัญภา ขวัญสถาพรกุล	กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
23	ดร.ผาณิต หลีเจริญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
24	ผศ.ดร.มาสริน ศุกลปักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
25	ดร.สกวรัตน์ แดงมันฮับ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
26	ผศ.ดร.กิตติภูมิ ภิญโย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
27	ผศ.ดร.ณรงค์กร ชัยวงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

วารสารได้รับการรับรองเป็นวารสารกลุ่มที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572

บทความและรายงานวิจัยในราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

สารจากบรรณาธิการ

สวัสดีผู้อ่านทุกท่าน

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้ก้าวเข้าสู่ปีที่ 16 ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม-เมษายน 2569 ซึ่งตั้งแต่ฉบับที่ 1 ปี 2569 เป็นต้นไป วารสารเปลี่ยนแปลงกำหนดออกเป็นวารสารราย 4 เดือน กำหนดออกปีละ 3 ฉบับ โดยทางวารสารยังคงมุ่งมั่นที่จะเป็นสื่อกลางในการรวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้จากการศึกษาค้นคว้า เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าทางวิชาการในสาขาพยาบาลศาสตร์ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง

สำหรับวารสารฉบับนี้ กองบรรณาธิการได้คัดสรรผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพและผ่านกระบวนการพิจารณาถ้อยแถลง ประกอบด้วยผลงานตีพิมพ์ทั้งสิ้น 12 เรื่อง เป็นบทความวิจัยจำนวน 11 เรื่อง และบทความวิชาการจำนวน 1 เรื่อง โดยเนื้อหาสาระของบทความมีความหลากหลายและครอบคลุมประเด็นสำคัญในระบบบริการสุขภาพ อาทิ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วย การดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง ตลอดจนการบริหารจัดการคุณภาพการพยาบาล ซึ่งล้วนเป็นองค์ความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและพัฒนาระบบสาธารณสุขได้อย่างเป็นรูปธรรม

กองบรรณาธิการขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเป็นอย่างยิ่งที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจประเมินผลงานและให้ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการอันเป็นประโยชน์ ซึ่งช่วยยกระดับและดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานทางวิชาการของวารสาร รวมทั้งขอขอบคุณนักวิจัย นักวิชาการ และผู้เขียนบทความทุกท่านที่ให้ความไว้วางใจส่งผลงานมาร่วมตีพิมพ์เผยแพร่ในราชวดีสาร ในโอกาสนี้กองบรรณาธิการขอเรียนเชิญนักวิจัย คณาจารย์ นักวิชาการ นักศึกษา ตลอดจนผู้สนใจทุกท่าน เข้าศึกษาค้นคว้าและนำองค์ความรู้จากบทความไปใช้ประโยชน์ ทั้งนี้ทางวารสารขอเชิญชวนให้ทุกท่านส่งผลงานวิจัยและบทความวิชาการที่มีคุณภาพ เพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารฉบับต่อ ๆ ไป กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ฉบับนี้ จะเป็นแหล่งทรัพยากรสารสนเทศที่ท่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์ และมีส่วนช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลและการสาธารณสุขของประเทศต่อไป แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

ดร.ธิดารัตน์ คณิงเพียร

บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด สุจิตตา ฤทธิมนตรี, ลลิตา วงศ์แก้วประจักษ์, วาสนา สุระภักดิ์, อรรถพล พันทอง, ทวี ศรีขาว	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อจากการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จินต์จุฑา ขำทอง, สิรินันท์ สุวรรณภรณ์, มนัสวี ทองศฤงคลี	12
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ ทศนคติ ต่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ไศรตรีย์ แพน้อย, ชุติพร หิตอักษร, รพีพรรณ กำลังวุธ	30
การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย ภาณพ์พิชชา โคตรบรรเทา	41
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาป่าแขง อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ณัฐนิชา พรทิพย์, สาวิตรี ศรีโสม, วิลาสินีพร โคตวัตร, ศิริพร ศิริกัญญาภรณ์, ประเสริฐ ประสมรักษ์, นวลอนงค์ ปะตะสังค์	56
การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเค็งใหญ่ อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ขวัญชนก แสงแก้ว, คุณัญญา สอดสี, ภัทราพร รักธรรม, พรทวิ บุตรี, สมณี มาสุข, พรพรรณ ประพัฒน์พงษ์, ประเสริฐ ประสมรักษ์, ลุติมา พลบุบผา	73
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในหญิงที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในชุมชน มะลิวัลย์ ศรีโท, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์	88
ความพร้อมในการเป็นผู้มีพฤติกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่ถิ่นอีสาน: การวิจัยแบบผสานวิธี สาคร อินโทะโล่, กัลยารัตน์ เมธาอภินันท์, ภาสินี ไทอินทร์, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโษษฐ์, วชิรศักดิ์ อภิพัฒน์กานต์	105
ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน นฤมล เปรมาสวัสดิ์, อารีย์รัตน์ แปงเนิน, ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, ณัฐนีนีภรณ์ จันทโรนทัย, ดุษฎี ไตรยวงศ์	120

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
● ประสิทธิภาพของนวัตกรรม “การประเมินความพึงพอใจด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” ของ ผู้รับบริการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก กัญญารัตน์ นวนหนักแน่น, เพ็ญพิทักษ์ คิตสม, ยุทธนา แยมคาย, วิชัย เทียนถาวร, ภิญญาพัชญ์ พุ่มจ้อย, นภา ทองกิจ	140
● ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ วรวัฒน์ เครือคำ, พัทรี ศรีฤตา	154
บทความวิชาการ	
● การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการคุณภาพการพยาบาลโดยใช้ ADDIE Model เพื่อมุ่ง สู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลสุรินทร์ จันทนา แพงบุตดี, สุธิดา วนแสงสกุล, ปาริชาติ หาญมานพ	171
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ	188

ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจน
ในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด

สุจิตตา ฤทธิมนตรี, ประด.*
ลลิตา วงศ์แก้วประจักษ์, พย.ม.**
วาสนา สุระภักดิ์, พย.ม.*
อรรถพล พันทอง, พย.บ.***
ทวี ศรีขาว, พย.บ.****

Received: April 15, 2025

Revised: March 29, 2026

Accepted: April 10, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกครัวเรือนยากจน ในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ จำนวน 335 คน ศึกษาในเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2567 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต (Thai GHQ-28) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าโคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกครัวเรือนยากจน ร้อย 53.43 ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และร้อยละ 46.57 มีปัญหาสุขภาพจิต พบปัจจัยด้านอายุและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ปัจจัยรายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ด้านความพร่องทางสังคม และด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ปัจจัยครอบครัวที่มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ และด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ปัจจัยภาระหนี้สินมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ และด้านความพร่องทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะ การวิจัยครั้งต่อไปควรวิจัยการพัฒนาโปรแกรมและประเมินผลโปรแกรมการสนับสนุนสุขภาพจิตและการดูแลผู้มีภาวะสุขภาพจิตเปลี่ยนแปลงสำหรับครัวเรือนยากจน

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพจิต ปัจจัย ครัวเรือนยากจน

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: icenu35@gmail.com

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Mental Health Status and Factors Associated with Mental Health among Poor Household Members in the Thung Kula Rong Hai Area, Roi Et Province

Sujitta Ritmontree, Ph.D.*

Lalita Wongkeawprajuk, M.N.S.**

Wasana Suraphak, M.N.S.*

Attapol Panthong, B.N.S.***

Thawee Srikhao, B.N.S.****

Abstract

This cross-sectional descriptive research aims to study the mental health status and factors associated with the mental health of poor household members in the Thung Kula Rong Hai area of Roi Et Province. The sample group consisted of 335 poor household members in this area, selected through systematic sampling. The study was conducted from February to March 2024. The research instruments included: 1) a personal information questionnaire and 2) the Thai GHQ-28 mental health questionnaire, which has a reliability coefficient of 0.90. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and chi-square analysis.

The research findings indicated that 53.43% of the sample group of poor household members had no mental health issues, while 46.57% experienced mental health problems. It was found that age and marital status were associated with mental health in terms of anxiety and insomnia. Family income was correlated with mental health regarding anxiety, insomnia, social deprivation, and severe depressive symptoms. Additionally, families with high dependency individuals were associated with mental health concerning anxiety, insomnia, and severe depressive symptoms. The factor of debt burden was significantly related to mental health in terms of anxiety, insomnia, and social deprivation at a statistical significance level of 0.05. Further research is recommended to develop and evaluate mental health support programs and management for individuals experiencing changes in mental health within poor households.

Keywords: Mental health status, Factors, Low-income households

* Instructor, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

** Instructor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University; Corresponding Author E-mail: icenu35@gmail.com

*** Professional Nurse, Pathumrat Hospital, Roi Et Province

**** Professional Nurse, Suvarnabhumi Hospital, Roi Et Province

บทนำ

สุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตและศักยภาพในการดำเนินชีวิตของประชาชน อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลให้จำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2022) ระบุว่า ในปี ค.ศ. 2019 มีประชากรโลกประมาณ 1 ใน 8 หรือเกือบ 1 พันล้านคนที่มีภาวะผิดปกติทางจิต โดยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหลังการระบาดของโควิด-19

ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะความยากจนมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัญหาสุขภาพจิต โดยผู้ที่อยู่ในครัวเรือนยากจนหรือมีความยากจนหลายมิติ มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลสูงกว่าประชากรทั่วไป เนื่องจากต้องเผชิญกับความเครียดจากปัญหาทางการเงิน ความไม่มั่นคงในชีวิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด (Barrantes et al., 2022; Lemon, 2023) นอกจากนี้ความยากจนและปัญหาสุขภาพจิตยังมีความสัมพันธ์แบบสองทางกล่าวคือ ความยากจนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิต ขณะเดียวกันภาวะเจ็บป่วยทางจิตก็ทำให้บุคคลมีโอกาสด้อยลงในภาวะยากจนมากขึ้น (Marchi et al., 2024) นอกเหนือจากปัจจัยทางเศรษฐกิจแล้ว การขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน หรือชุมชน ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต บุคคลที่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือขาดเครือข่ายช่วยเหลือมักมีโอกาสดำเนินชีวิตในภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ (Friedli, 2009; WHO, 2025)

ในประเทศไทยสถานการณ์สุขภาพจิตมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นเช่นเดียวกัน ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตระหว่างปีพ.ศ. 2563–2567 พบว่า คนไทยมากกว่าร้อยละ 8 มีความเครียดสูง เกือบร้อยละ 10 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และมากกว่าร้อยละ 5 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด ได้แก่ ประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และผู้ที่อยู่ในครัวเรือนเปราะบาง (WHO, 2025) นอกจากนี้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ยังพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปีพ.ศ. 2565–2567 โดยเฉพาะในบางพื้นที่ชนบทและพื้นที่ที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการสุขภาพ (กรมสุขภาพจิต, 2568)

แม้ว่าประเทศไทยจะมีบริการด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ประชาชนในครัวเรือนยากจนยังคงเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ทั้งจากข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย การเดินทาง ระยะทาง และการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพจิตในพื้นที่ชนบท ส่งผลให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันเวลาที่ (กรมสุขภาพจิต, 2565; WHO, 2022) แม้ว่าปัญหาสุขภาพจิตจะเกิดขึ้นได้ในประชากรทุกกลุ่ม แต่ครัวเรือนยากจนในพื้นที่ชนบทมักมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากต้องเผชิญกับภาระทางเศรษฐกิจ ความห่างไกลจากบริการสุขภาพ และการขาดเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและทำให้การเข้าถึงการดูแลรักษาเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น

พื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคมมาอย่างต่อเนื่อง ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้ไม่แน่นอน และเผชิญกับปัญหาความยากจนเรื้อรัง ข้อมูลจากโครงการพัฒนาโมเดลแก่งในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ด้วยแนวคิด “เกษตรพามี สุขภาพดีพาอยู่” ของมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดพบว่า ในปีพ.ศ. 2566–2567 มีครัวเรือนยากจนในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดจำนวน 718 ครัวเรือน หรือ 3,054 คน (ระบบข้อมูลครัวเรือนยากจนระดับจังหวัด, 2566) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางของประชากรในพื้นที่ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพจิต

แม้ว่าจะมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตในประชากรไทยหลายกลุ่ม เช่น วัยรุ่น วัยทำงาน และผู้สูงอายุอยู่บ้าง แต่ยังไม่พบการศึกษาที่มุ่งสำรวจภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจนในพื้นที่ชนบทโดยตรง โดยเฉพาะในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีบริบทเฉพาะด้านความยากจนเรื้อรัง ความห่างไกล และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีความสำคัญต่อการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของประชากรกลุ่มเปราะบาง และสามารถนำไปใช้ในการวางแผนคัดกรอง พัฒนามาตรการช่วยเหลือ ตลอดจนออกแบบระบบบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ชนบทและครัวเรือนยากจนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

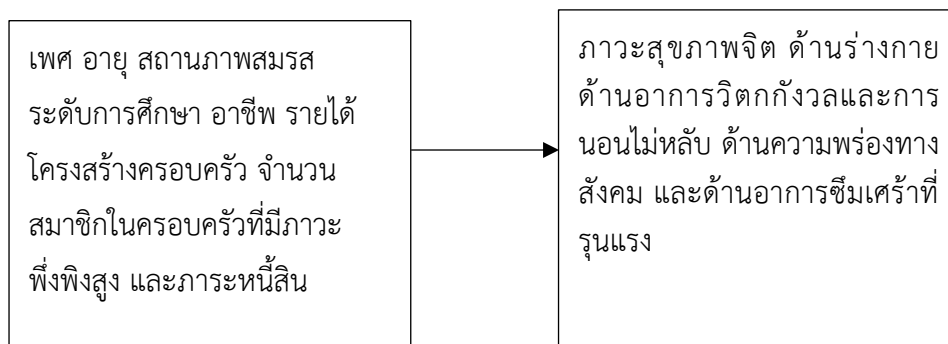
1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด สุขภาพจิต และครัวเรือนยากจน โดยต้นแปรต้นเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โครงสร้างครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง และภาระหนี้สิน ในขณะที่ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะสุขภาพจิต ด้านร่างกาย ด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ด้านความพร้อมทางสังคม และด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการใช้สารเสพติด สุขภาพจิตและการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ที่ใช้สารเสพติดในครัวเรือนยากจน : กรณีศึกษาพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด ใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจน ในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ประชาชนที่มีอายุ 18-65 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในครัวเรือนยากจนตามโครงการการพัฒนาโมเดลแก้นอนไม่หลับในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ด้วยแนวคิด “เกษตรพามี สุขภาพดีพามี” ดำเนินการโดย

มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ปีพ.ศ. 2566-2567 จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 718 ครั้วเรือน หรือ 3,054 คน (ระบบข้อมูลครั้วเรือนยากจนระดับจังหวัด, 2566)

กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่มีอายุ 18-65 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในครั้วเรือนยากจนตามโครงการพัฒนาโมเดลแก่งจนอำเภอนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ด้วยแนวคิด “เกษตรพามี สุขภาพดีพายุ” ดำเนินการโดยมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ปีพ.ศ. 2566-2567 คำนวณขนาดตัวอย่างของ Yamane (1973) ให้มีความคลาดเคลื่อนได้ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง 335 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการสุ่ม 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มอำเภอและตำบลตัวอย่างแบบแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเป้าหมายโครงการพัฒนาโมเดลแก่งจนอำเภอนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ด้วยแนวคิด “เกษตรพามี สุขภาพดีพายุ” ดำเนินการโดยมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ปีพ.ศ. 2566-2567 จำนวน 3 อำเภอตัวอย่าง ในจังหวัดร้อยเอ็ด

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) การสุ่มตัวอย่างโดยนำรายชื่อครั้วเรือนยากจนในตำบลเป้าหมายในขั้นตอนที่ 1 มาเรียงกันตามทะเบียนรายชื่อครั้วเรือนแต่ละตำบล แล้วหาอัตราส่วน (K) ระหว่างประชากร (N) และกลุ่มตัวอย่าง (n) จากสูตร $K = N/n = 3,054/335 = 9.11$ หรือ 9 ซึ่งหมายความว่าครั้วเรือนประชากรยากจนทุก ๆ 9 ครั้วเรือนของแต่ละตำบลจะได้รับการสุ่ม 1 ครั้วเรือน ดังนั้นหมายเลขของครั้วเรือนประชากรคนต่อไปจะถูกกำหนดอย่างเป็นระบบ โดยการรวมอัตราส่วนที่ได้กับหมายเลขประชากรเริ่มต้นที่ 1, 10 (1+9), 19 (10+9) จะเป็นครั้วเรือนตัวอย่างที่เป็นอัตราส่วนของครั้วเรือนประชากรแต่ละตำบล ซึ่งได้จำนวนตัวอย่างแต่ละตำบล

ขั้นตอนที่ 3 นำรายชื่อสมาชิกในครั้วเรือนยากจนที่มีอายุตั้งแต่ 18-65 ปี มาจัดเรียงกันแล้วสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากมา 1 คน จะได้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นตัวแทนสมาชิกในครั้วเรือนยากจน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า ในการรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ 1) เพศชายหรือเพศหญิงที่มีอายุ 18-65 ปี อาศัยอยู่ในครั้วเรือนยากจนตามกลุ่มตัวอย่างของโครงการพัฒนาโมเดลแก่งจนอำเภอนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ด้วยแนวคิด “เกษตรพามี สุขภาพดีพายุ” 2) สามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง 3) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีโรคทางกาย และโรคทางจิตแทรกซ้อนรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และเกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการ 1) เจ็บป่วย ฉุกเฉิน ร้ายแรง หรือเสียชีวิตระหว่างการดำเนินการศึกษา 2) ขอดอนตัวออกจากการวิจัย ระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัว ลักษณะโครงสร้างครอบครัว การมีสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง ภาระหนี้สิน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire : GHQ-28) ของกรมสุขภาพจิต ฉบับภาษาไทย แปลโดย ธนาธิล ชัยโกวิท และคณะ (2539) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้สำรวจหาปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทยที่ได้มาตรฐานและใช้คัดกรองปัญหาสำคัญ 2 ประการคือ การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ โดยปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลนั้น แบบสอบถาม GHQ-28 มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 81.3 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 88.2 และมีความเชื่อถือได้ (Cronbach's alpha) เท่ากับ .90 วัด 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) อาการทางกาย (somatic symptoms) ข้อที่ 1-7 2) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (anxiety and insomnia) ข้อที่ 8-14 3) ความบกพร่องทางสังคม (social dysfunction) ข้อที่ 15-21 4) อารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) ข้อที่ 22-28 คำถามมีจำนวน

ทั้งสิ้น 28 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ โดยประเมินตามความรู้สึกของ ตนเองในแต่ละข้อ การคิดค่าคะแนนถ้าตอบตัวเลือกที่ 1 และ 2 จะให้คะแนนเป็น 0 แต่ถ้าตอบตัวเลือกที่ 3 และ 4 จะให้ค่าคะแนนเป็น 1 ถ้าคะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ 6 ขึ้นไปถือว่ามีความโน้มที่ผิดปกติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้อง เหมาะสม ระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรที่ศึกษา และวัตถุประสงค์การวิจัย และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม Thai GHQ-28 ไปทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับ กลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ เท่ากับ 0.90

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมนุษย์ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ถึงผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ รวมถึงผู้นำชุมชนเพื่อขอความอนุเคราะห์ เก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมายที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้วิจัย โดยจะไปพบครัวเรือนยากจนเป้าหมาย เพื่อขอความยินยอมในการให้ข้อมูลไว้เป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (face to face interview) และบันทึกคำตอบเอง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที
4. ภายหลังสัมภาษณ์เสร็จแล้ว ผู้ช่วยนักวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้รับในแบบสัมภาษณ์อีกครั้ง ก่อนจะเก็บรวบรวมแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดกลับคืนนักวิจัย
5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามทุกชุด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาประมวล จัดระเบียบข้อมูล ลงรหัสและนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการใช้สารเสพติด สุขภาพจิตและการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ที่ใช้สารเสพติดในครัวเรือนยากจน : กรณีศึกษาพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 089/2566 ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2566 ก่อนที่จะมีการเก็บข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้อธิบาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย และอาสาสมัครสามารถตัดสินใจโดยอิสระ เพื่อนำไปใช้ในผลการวิจัยเท่านั้น โดยในการตอบแบบสอบถามจะเป็นข้อมูลความลับไม่เปิดเผยชื่ออาสาสมัคร รวบรวมและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เก็บรักษาข้อมูลและทำลายข้อมูลเมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 335 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.22 มีอายุเฉลี่ย 37 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 30-44 ปีมากที่สุด ร้อยละ 31.94 สถานภาพสมรสโสดเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.18 การศึกษาระดับชั้นมัธยมต้นมากที่สุด ร้อยละ 44.78 ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.66 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 54.03 ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมากที่สุดร้อยละ 62.39 สมาชิกครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง (ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้) เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.64 โดยผู้พึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ ร้อยละ 62.43 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาระหนี้สินเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.82

ภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 53.43 และมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 46.57 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวน ร้อยละ ภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกในครัวเรือนยากจน (n= 335)

ภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกในครัวเรือนยากจน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (0 - 5 คะแนน)	179	53.43
มีปัญหาสุขภาพจิต (6 คะแนนขึ้นไป)	156	46.57
รวม	335	100

(Mean = 5.7, SD = 7.23, Min = 0, Max = 18)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ด้านความพร่องทางสังคม และด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ครอบครัวที่มีผู้มีความพึ่งพิงสูงในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ และด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ภาระหนี้สินมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้าน ด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ด้านความพร่องทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจน (n=335)

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะสุขภาพจิต							
	ด้านอาการทางกาย		ด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ		ด้านความพร่องทางสังคม		ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง	
	χ^2	p-value	χ^2	p-value	χ^2	p-value	χ^2	p-value
1. เพศ	1.65	0.73	3.95	0.78	2.78	0.73	7.73	0.36
2. อายุ	11.97	0.62	85.01	0.00*	3.38	0.94	10.92	0.69
3. สถานภาพสมรส	31.10	0.35	98.50	0.00*	14.65	0.79	36.33	0.11
4. ระดับการศึกษา	77.08	0.47	69.79	0.69	85.05	0.57	87.51	0.19
5. อาชีพ	23.44	0.75	21.45	0.79	21.17	0.38	28.70	0.42
6. รายได้ครอบครัว	28.35	0.13	113.12	0.00*	117.31	0.00*	95.33	0.00*
7. ลักษณะครอบครัว	16.99	0.31	17.58	0.23	9.48	0.58	14.31	0.49
8. ครอบครัวมีผู้มีภาวะพึ่งพิงสูง	51.15	0.99	118.10	0.00*	26.04	1.00	21.51	0.00*
9. ภาระหนี้สิน	7.67	0.95	97.03	0.00*	52.51	0.00*	9.71	0.59

*p < 0.05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกครัวเรือนยากจนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกครัวเรือนยากจนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 53.43 ขณะที่ร้อยละ 46.57 มีปัญหาสุขภาพจิต สะท้อนให้เห็นว่าครัวเรือนยากจนในพื้นที่ชนบทเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางสุขภาพจิต แม้ว่าบางส่วนจะสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมได้ แต่ยังมีประชากรจำนวนมากที่เผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตในระยะยาว การที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่มีปัญหาสุขภาพจิต อาจอธิบายได้จากการมีปัจจัยคุ้มกันทางสังคม เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และการมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (WHO, 2025) อย่างไรก็ตาม การที่กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีปัญหาสุขภาพจิต อาจเกิดจากความยากจน ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ และภาระหนี้สิน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความเครียด โดยเฉพาะในครัวเรือนยากจนและครัวเรือนเปราะบาง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความยากจนหลายมิติสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า และความยากจนกับปัญหาสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์แบบสองทาง (Barrantes et al., 2022; Marchi et al., 2024) นอกจากนี้ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังเป็นอุปสรรคสำคัญ เนื่องจากประชาชนในพื้นที่ชนบทมักเผชิญข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย การเดินทาง และการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพจิต ส่งผลให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันเวลาที่ สอดคล้องกับรายงานของกรมสุขภาพจิตและองค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า กลุ่มประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำและอยู่ในพื้นที่ห่างไกลเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและเข้าถึงบริการได้น้อยกว่ากลุ่มอื่น (กรมสุขภาพจิต, 2568; WHO, 2022)

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกครัวเรือนยากจนในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว การมีสมาชิกที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในครอบครัว และภาระหนี้สิน โดยปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ รวมทั้งบางปัจจัยยังสัมพันธ์กับด้านความพร่องทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิปรายแต่ละปัจจัยดังต่อไปนี้

ปัจจัยด้านอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30–44 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานและวัยที่ต้องรับผิดชอบทั้งการหารายได้และการดูแลสมาชิกในครอบครัว จึงมีแนวโน้มเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และปัญหาการนอนหลับมากกว่าวัยอื่น สอดคล้องกับแนวคิดพัฒนาการทางจิตสังคมของ Erikson ที่ระบุว่า วัยผู้ใหญ่ตอนกลางเป็นช่วงของการสร้างความมั่นคงและรับผิดชอบต่อครอบครัว หากไม่สามารถจัดการกับบทบาทดังกล่าวได้ อาจนำไปสู่ความรู้สึกกดดันและปัญหาสุขภาพจิต (Erikson, 1963) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Pengpid & Peltzer (2023) ที่พบว่า วัยทำงานมีความเสี่ยงต่อภาวะเครียดและซึมเศร้าสูงกว่าวัยอื่น โดยเฉพาะผู้ที่มีการทางเศรษฐกิจและครอบครัวสูง (Pengpid & Peltzer, 2023)

ด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสแบบคู่มีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มอื่น โดยเฉพาะด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ทั้งนี้อาจเกิดจากภาระในการดูแลคู่สมรส บุตร และสมาชิกในครอบครัวร่วมกับการหารายได้เลี้ยงครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดสะสมและความกดดันทางจิตใจ โดยเฉพาะในครัวเรือนยากจนที่มีทรัพยากรจำกัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Pengpid & Peltzer (2023) ที่พบว่า ผู้ที่มีภาระครอบครัวสูงหรือขาดการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ มีแนวโน้มเกิดความเหงา ความเครียด และปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น แม้ว่าจะอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวก็ตาม ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การมีคู่สมรสหรือครอบครัวไม่ได้เป็นปัจจัยคุ้มกันเสมอไป หากความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความตึงเครียด หรือมีการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลสูงเกินไป ก็อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้

ด้านรายได้ครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง โดยสัมพันธ์ทั้งกับอาการวิตกกังวล การนอนไม่หลับ ความพร่องทางสังคม และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง สะท้อนให้เห็นว่า ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของครัวเรือนยากจน สอดคล้องกับการศึกษาของ Barrantes et al. (2022) ที่พบว่า ความยากจนหลายมิติสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Marchi et al. (2024) ที่พบว่า ความยากจนและปัญหาสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์แบบสองทางกล่าวคือ ความยากจนเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ขณะเดียวกันผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตก็มีโอกาสตกอยู่ในภาวะยากจนมากขึ้น การมีสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูงมีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล การนอนไม่หลับ และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลต้องแบกรับภาระด้านเวลา ค่าใช้จ่าย และความรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงเกิดความเครียดสะสม และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Wrede et al. (2025) ที่พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้ดูแล โดยเฉพาะในผู้ที่มีความกังวลอย่างต่อเนื่อง รู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคม เหนื่อยล้าจากการดูแล และได้รับผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงกับอาการวิตกกังวล การนอนไม่หลับ และภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การดูแลที่ยาวนานและเข้มข้นอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติบทบาทได้ดี เกิดความรู้สึกผิดและความเครียดเรื้อรัง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นในระยะยาว (Wrede et al., 2025)

ด้านการหนี้สิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีภาระหนี้สิน และภาระหนี้สินมีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล การนอนไม่หลับ และความพร่องทางสังคม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเครียดจากการชำระหนี้และความไม่มั่นคงทางการเงิน ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดความกังวลเรื้อรัง นอนไม่หลับ และหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Hassan et al. (2021) ที่ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะการเงินและสุขภาพจิตพบว่า ความเครียดทางการเงินและความรู้สึกไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้น้อยหรือมีภาระหนี้สินสูง นอกจากนี้งานทบทวนดังกล่าวยังชี้ให้เห็นว่า ความกังวลเกี่ยวกับหนี้สินสามารถก่อให้เกิดวงจรของความเครียดและปัญหาสุขภาพจิต ส่งผลให้บุคคลมีความพร่องทางสังคม และคุณภาพชีวิตลดลง อีกทั้งผู้ที่มีภาระหนี้สินมักหลีกเลี่ยงการเข้าสังคมหรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เนื่องจากรู้สึกอับอายและกังวลต่อสถานะทางการเงินของตน ทำให้ขาดเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ซึ่งยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น สอดคล้องกับรายงานของ WHO (2025) ที่ระบุว่า การมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการขาดการเชื่อมโยงทางสังคมจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนำไปพัฒนานโยบายและโปรแกรมที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยง โดยเฉพาะในกลุ่มครัวเรือนยากจน
2. ควรจัดกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อให้สมาชิกในครัวเรือนเข้าใจถึงอาการและความสำคัญของสุขภาพจิต รวมถึงพัฒนาบริการสนับสนุนทางจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษา และการบำบัดทางจิตวิทยาแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรพัฒนาโปรแกรมและประเมินผลโปรแกรมการสนับสนุนสุขภาพจิตและการดูแลผู้มีภาวะสุขภาพจิตเปลี่ยนแปลง สำหรับสมาชิกครัวเรือนยากจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบคุณอาสาสมัครและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2565). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2565. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2568). อัตราป่วยรายใหม่และความชุกโรคซึมเศร้าในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2565–2567. คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- ธนาธิล ชัยโกวิท, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และชัชวาล ศิลปะกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(1), 2–17.
- ระบบข้อมูลครัวเรือนยากจนระดับจังหวัด. (2566). ระบบข้อมูลครัวเรือนยากจนระดับจังหวัดร้อยเอ็ด. <http://www.ppaos.com/ppaos/frontend/web/index.php>

- Barrantes, N., Cubillos, P., & Vargas, G. (2022). Does multidimensional poverty affect depression? Evidence from a nationwide survey in Chile. *Progress in Development Studies*, 22(2), 123–139. <https://doi.org/10.1177/14649934211059402>
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). W. W. Norton.
- Friedli, L., & World Health Organization Regional Office for Europe. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/107925>
- Hassan, M. F., Hassan, N. M., Kassim, E. S., & Said, Y. M. U. (2021). Financial wellbeing and mental health: A systematic review. *Estudios de Economía Aplicada*, 39(4). <https://doi.org/10.25115/eea.v39i4.4590>
- Lemon, C. (2023). Commentary: Poverty and mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(4), 1055-1056. <https://doi.org/10.1177/00207640231160214>
- Marchi, M., Pain, O., Alkema, A., Xia, C., Thio, C. H. L., Chen, L., Schalkwijk, W., Galeazzi, G. M., Ferrari, D., Pingani, L., Kweon, H., Evan-Lacko, S., Hill, W. D., & Boks, M. P. (2024). Investigating the impact of poverty on mental illness in the UK biobank using mendelian randomization. *Nature Human Behaviour*, 8, 1771-1783. <https://doi.org/10.1038/s41562-024-01919-3>
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2023). Prevalence and associated factors of incident and persistent loneliness among middle-aged and older adults in Thailand. *BMC Psychology*, 11, 70. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01115-4>
- World Health Organization. (2022, June 22). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Health Organization. (2025, July 14). *Mental health and social connection in Thailand*. <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/mental-health-and-social-connection-in-thailand>
- Wrede, N., Töpfer, N. F., Wilz, G., & Pfeiffer, K. (2025). Caregiver burden and depressive symptoms in family caregivers of older adults: A network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 387, 119547. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119547>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). Harper & Row.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อจากการปฏิบัติงาน
ของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

จินต์จุฑา ขำทอง, ประ.ด.*
สิรินันท์ สุวรรณภรณ์, ประ.ด.**
มนัสวี ทองศฤงคสี, ประ.ด.***

Received: April 25, 2025

Revised: April 3, 2026

Accepted: April 10, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนดคือ พนักงานเก็บขยะมูลฝอยในอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 102 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการทำงาน ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคติดต่อ และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่า 0.83 และ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า พนักงานเก็บขยะมูลฝอยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.5 อายุเฉลี่ย 43.02 ปี (± 8.97) ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 7.14 ปี (± 5.52) ส่วนใหญ่รับรู้โอกาสเสี่ยงในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.9 การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.2 การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อจากการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.0 และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคติดต่อจากการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 39.2 พนักงานเก็บขยะมูลฝอยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดต่อในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.9 และพบว่าประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน และการรับรู้ประโยชน์จากการป้องกัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ข้อเสนอแนะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อให้แก่พนักงานเก็บขยะมูลฝอยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากการปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: พนักงานเก็บขยะมูลฝอย โรคติดต่อจากการปฏิบัติงาน พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ

* อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: chinchuta@vru.ac.th

** อาจารย์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

*** หัวหน้าแผนกยาเสพติดและพิษวิทยา สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร

**Factors Associated with Self-Protective Behaviors Against Communicable Diseases
among Municipal Solid Waste Collection Workers in Thanyaburi District,
Pathum Thani Province**

Chinchuta Khumtong, Ph.D. *

Sirinan Suwannaporn, Ph.D. **

Manasawee Thongsringkleee, Ph.D. ***

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate factors associated with self-protective behaviors against occupational communicable diseases among municipal solid waste collection workers. The sample was specifically selected from those who meet the specified criteria, namely garbage collectors in Thanyaburi District, Pathum Thani Province, totaling 102 individuals. Research tools include a questionnaire on personal information, work-related data, factors related to individual perceptions of infectious diseases, and self-protective behaviors. The reliability was measured using the Cronbach alpha Coefficient, yielding values of 0.83 and 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics and chi-square statistics.

The results indicated that the majority of waste collection workers were male (72.5%), with an average age of 43.02 years (± 8.97) and an average work experience of 7.14 years (± 5.52). Most participants reported a moderate level of perceived risk (52.9%), a moderate level of perceived severity (42.2%), a high level of perceived benefits (51.0%), and a low level of perceived barriers (39.2%). Furthermore, 53.9% of the waste collection workers demonstrated a high level of self-protection behavior. Statistical analysis indicated that work experience, safety training, and perceived benefits were significantly associated with self-protection behaviors against communicable diseases among municipal solid waste collection workers at a significance level of .05. The suggestion is that relevant agencies should provide regular training on communicable disease prevention to mitigate health impacts resulting from occupational activities.

Keywords: Municipal solid waste collection workers, Occupational communicable diseases, Communicable disease preventive behaviors

* Lecturer, Faculty of science and technology, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage;
Corresponding Author E-mail: chinchuta@vru.ac.th

** Lecturer, School of Health Science, Mae Fah Luang University

*** Chief of Narcotics and Toxicology Section, Armed Forces Research Institute of Medical Sciences

บทนำ

การจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมถือเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างเสริมภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยงานหลักที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการจัดบริการสาธารณะเพื่อคุ้มครองด้านสุขอนามัยในท้องถิ่นภารกิจด้านการจัดการขยะมูลฝอยถือเป็นพันธกิจสำคัญลำดับต้น ๆ หากขาดระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ขยะมูลฝอยจะเป็นแหล่งสะสมแพร่กระจายเชื้อโรคและส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของประชาชนในวงกว้าง จากรายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทยโดยกรมควบคุมมลพิษพบว่า ในปีพ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีปริมาณขยะมูลฝอยรวมประมาณ 24.98 ล้านตันต่อปีหรือเฉลี่ยวันละประมาณ 68,434 ตัน ซึ่งหากพิจารณาในเชิงอัตราส่วนต่อประชากรตามข้อมูลจากกรมการปกครองในปีเดียวกัน จะพบว่ามีขยะเกิดขึ้นเฉลี่ยประมาณ 1.03 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน (กรมควบคุมมลพิษ, 2565)

พนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยถือเป็นบุคลากรด่านหน้าที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการขยะและรักษาสุขาภิบาลของชุมชน อย่างไรก็ตามลักษณะงานที่ต้องสัมผัสกับขยะมูลฝอยหลากหลายประเภท ซึ่งอาจปนเปื้อนด้วยเชื้อโรค สารเคมี และวัตถุมีคม (ศราวดี แสงคำ และจำลอง อรุณเลิศอารีย์, 2562) การสัมผัสกับเชื้อโรคที่ก่อโรคติดต่อทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคที่แพร่กระจายผ่านสารคัดหลั่งต่าง ๆ (Kawakami & Khai, 2010) การสัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพทั้งทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ ชีวกลศาสตร์ และจิตวิทยาสังคม และการสัมผัสกับขยะมูลฝอยที่อาจมีการปะปนของขยะติดเชื้ออยู่ด้วย อาจส่งผลทำให้เกิดโรคติดต่อ อาทิ โรคไข้หวัดใหญ่ โรคที่ติดต่อกับอาหารและน้ำเป็นสื่อ อาทิ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน อหิวาตกโรค บิด ไข้ไทฟอยด์ โรคตับอักเสบ เอ เป็นต้น (กรมอนามัย, 2562)

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมาพบว่า พนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในระดับสูง โดยเฉพาะอาการทางระบบทางเดินหายใจ จากการศึกษาในกรุงเทพมหานครพบความชุกของอาการระบบทางเดินหายใจร้อยละ 40.0 และความผิดปกติของสมรรถภาพปอดร้อยละ 31.9 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ระยะเวลาการทำงาน และอายุ รวมถึงพฤติกรรมการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและการทำงานในช่วงเวลากลางคืน (ลัดดาวรรณ ดอกแก้ว และคณะ, 2559) นอกจากนี้ปัจจัยด้านสภาพการทำงาน เช่น ปริมาณขยะและสภาพแวดล้อมในรถเก็บขยะ ยังมีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์และอาการทางระบบทางเดินหายใจ (ชลลดา พลราช และคณะ, 2565) ขณะที่การศึกษาในจังหวัดพะเยาพบว่าร้อยละ 72 ของพนักงานมีอาการผิดปกติทางสุขภาพ โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญได้แก่ การสัมผัสสิ่งคุกคาม การทำงานกลางคืน และประสบการณ์ทำงาน (Sangkham et al., 2021) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในต่างประเทศ 65 ฉบับ พบว่า พนักงานสุขาภิบาลมีความเสี่ยงติดเชื้อสูงเป็น 2.09 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มคนทำงานอื่น มีหลักฐานที่สอดคล้องกันว่า พนักงานกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการท้องร่วง และการติดเชื้อพยาธิในลำไส้ พบความเชื่อมโยงที่ชัดเจนกับอาการไอ หลอดลมอักเสบ และความผิดปกติของปอด โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องสัมผัสกับฝุ่นหรือสารชีวภาพ (Oza et al., 2022) นอกจากนี้ยังพบความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และซี (Tsovili et al., 2014) เชื้อโรคฉี่หนู บาดทะยัก และไข้เลือดออก (Salvaraji et al., 2020)

แม้ว่าจะมีมาตรการด้านความปลอดภัยในการทำงาน แต่พฤติกรรมการป้องกันตนเองของพนักงานยังคงเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงจากโรคติดต่อ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการศึกษามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรผู้ใหญ่ ในเขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ความรู้

เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ ไข้หวัดใหญ่ และไข้หวัดใหญ่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปิยะนันท์ เรือนคำ และคณะ, 2565) และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา พบว่า อายุ สิ่งแวดล้อม และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมชน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น (วนิษา ผิวนางงาม และคณะ, 2567) อย่างไรก็ตามการศึกษาในกลุ่มพนักงานเก็บขยะมูลฝอยยังมีจำกัด ส่งผลให้ขาดข้อมูลเชิงลึกในการพัฒนามาตรการด้านความปลอดภัยและสุขอนามัยที่เหมาะสม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดการรวบรวมข้อมูลสถิติการเจ็บป่วยของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยที่ชัดเจนและครบถ้วน ทั้งนี้เนื่องจากพนักงานเก็บขยะมูลฝอยส่วนมากปฏิบัติงานสังกัดภาครัฐโดยมีตำแหน่งเป็นพนักงานจ้างทั่วไป หรือพนักงานจ้างตามภารกิจ จึงอาจไม่ได้มีการรายงานสถิติการเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บมีเผยแพร่โดยทั่วไป แตกต่างจากกรณีที่เป็นกลุ่มอาชีพซึ่งปฏิบัติงานในภาคอุตสาหกรรม โดยข้อมูลการเจ็บป่วยของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยส่วนมากจะเป็นข้อมูลการศึกษาเฉพาะแต่ละพื้นที่

อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะภูมิศาสตร์กึ่งเมืองและชานเมือง มีการขยายตัวของเมืองจากการพัฒนาเชิงอุตสาหกรรม และมีการเพิ่มขึ้นของประชากรแฝง หมู่บ้านจัดสรรจำนวนมาก รวมทั้งพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนในชุมชนเมืองนิยมความสะดวกสบายมากขึ้น โดยเฉพาะการใช้บริการสั่งซื้อสินค้าและบริการส่งอาหารออนไลน์ (food delivery) ทำให้เกิดการใช้พลาสติกที่ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้งเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้น จากรายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมประจำปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นวันละ 2,194 ตัน มีการคัดแยกขยะมูลฝอยที่ต้นทาง และนำกลับมาใช้ประโยชน์วันละ 590.53 ตัน (ร้อยละ 26.92) เก็บขนและนำไปกำจัดอย่างถูกต้อง วันละ 387.93 ตัน (ร้อยละ 17.68) มีการจัดการไม่ถูกต้อง วันละ 1,215.54 ตัน (ร้อยละ 55.4) ดังนั้นจังหวัดปทุมธานี มีปริมาณขยะมูลฝอยที่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง วันละ 978.46 ตัน คิดเป็นเพียงร้อยละ 44.6 ของปริมาณขยะที่เกิดขึ้น (สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 6, 2567) จากปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เทศบาลในพื้นที่ต้องดำเนินการจัดเก็บขยะอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพในชุมชน พนักงานเก็บขยะมูลฝอยมีอัตราการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ เนื่องจากต้องปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง

จากที่กล่าวมาข้างต้น พฤติกรรมป้องกันตนเองจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถลดโอกาสการสัมผัสและแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองของพนักงานกลุ่มนี้ยังมีจำนวนจำกัด ทำให้ขาดข้อมูลเชิงลึกที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงมาตรการด้านความปลอดภัย และสุขอนามัยในที่ทำงาน การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดต่อของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยของเทศบาล เป็นเรื่องสำคัญเนื่องจากการเป็นภาระของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขอนามัยและการป้องกันโรค ซึ่งจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายหรือมาตรการที่เหมาะสมในการปกป้องสุขภาพของพนักงานกลุ่มนี้ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดต่อของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จะได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของพนักงานกลุ่มนี้ในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

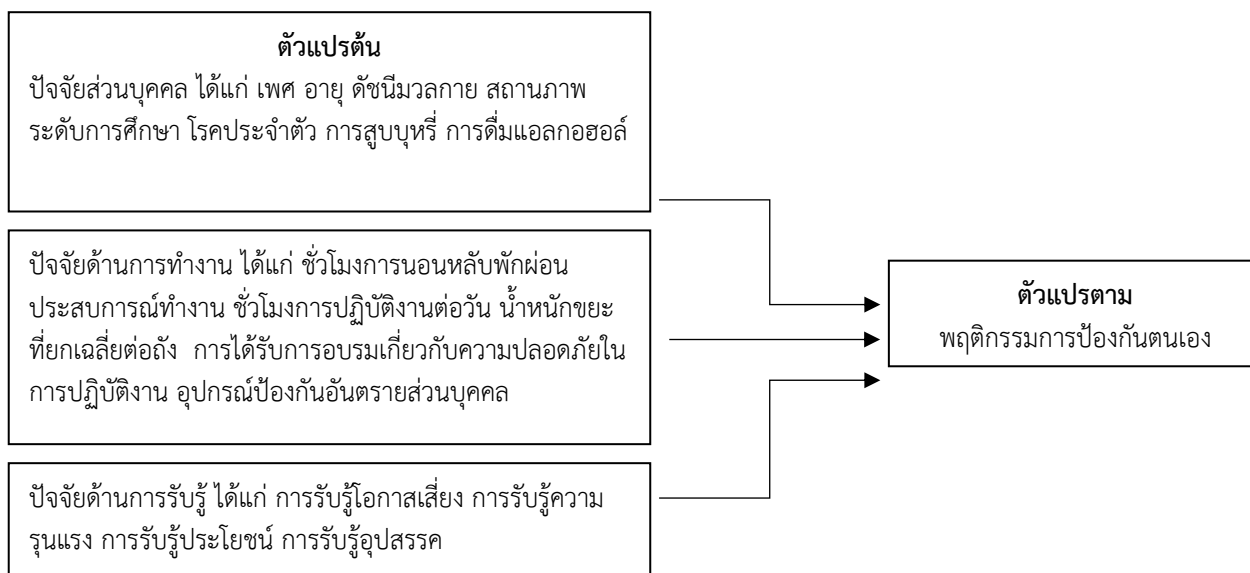
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง (ทิพย์สุตา เอียดเพชร และคณะ, 2566) และการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกัน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง (วรรณา ธนานุภาพไพศาล และรสสุคนธ์ พิไชยแพทย์, 2565) นอกจากนี้ยังพบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตามระเบียบด้านสุขภาพในการป้องกันโรค สามารถช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคติดต่ออื่น ๆ ได้ เช่น ไข้หวัดใหญ่ โรคปอดบวม และวัณโรคได้ (Dadras et al., 2021) การวิจัยนี้จึงประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ พนักงานเก็บขยะมูลฝอยเขตเทศบาลในอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 122 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ พนักงานเก็บขยะมูลฝอยเขตเทศบาลในอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ที่มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป 2) อ่านออก เขียนได้ สามารถสื่อสารเข้าใจ 3) ยินดี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการเก็บข้อมูลได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา 2) ผู้ที่ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือไม่สมบูรณ์

ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรเครจซ์และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความความคลาดเคลื่อนได้ไม่เกิน 5% สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 93 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัว (drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำให้ไม่ได้ตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ข้างต้นผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 102 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ซึ่งดัดแปลงประยุกต์จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย (สุภาพรณ์ วงธิ, 2564) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ชั่วโมงการนอนหลับพักผ่อน โดยข้อความถามเป็นลักษณะเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านการปฏิบัติงาน จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย จำนวนวันปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ ประสบการณ์ทำงาน จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานเฉลี่ยต่อวัน น้ำหนักของถังขยะหรือถุงขยะที่ยกโดยเฉลี่ยต่อถัง การได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคติดต่อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการปฏิบัติงาน การรับรู้ความรุนแรงในการปฏิบัติงาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติงาน ด้านละ 10 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน การให้คะแนนใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบ 3 ระดับ (rating scale) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ รับรู้มาก รับรู้ปานกลาง และรับรู้น้อย โดยมีข้อความเชิงบวกและเชิงลบ

การแปลผลคะแนน โดยพิจารณาคะแนนปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) ดังนี้ การรับรู้มาก ได้คะแนน 24-30 คะแนน หรือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม การรับรู้ปานกลาง ได้คะแนน 18-23 คะแนน หรือ

มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม การรับรู้น้อย ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อ 20 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นแบบเลือกตอบ 3 ระดับคือ พฤติกรรมป้องกันระดับสูง พฤติกรรมป้องกันระดับปานกลาง พฤติกรรมระดับต่ำ ลักษณะคำถามมีทั้งข้อคำถามเชิงบวก และเชิงลบ คะแนนเต็ม 60 คะแนน การให้คะแนนใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบ 3 ระดับ (rating scale) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ พฤติกรรมป้องกันระดับสูง พฤติกรรมป้องกันระดับปานกลาง พฤติกรรมป้องกันระดับต่ำ โดยมีข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

การแปลผลคะแนน โดยพิจารณาคะแนนปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) ดังนี้ พฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดต่ออยู่ในระดับสูง ได้คะแนน 48-60 คะแนนหรือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม พฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดต่ออยู่ในระดับปานกลาง ได้คะแนน 36-47 คะแนน หรือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม พฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดต่ออยู่ในระดับต่ำ ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 คะแนนหรือน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่ได้พัฒนาขึ้น ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยและสาธารณสุข ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล ผลการตรวจสอบพบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1 หลังปรับแก้แล้ว จากนั้นนำเครื่องมือการวิจัยไปทดลองใช้ (try out) กับพนักงานเก็บขยะมูลฝอยในอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) พบว่าแบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคติดต่อมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่ COA No. 0040/2564 วันที่รับรอง 28 กันยายน 2564 หมดอายุ 28 กันยายน 2565 โดยคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2565 โดยในแบบบันทึกข้อมูลจะไม่มีระบุถึงตัวอาสาสมัคร และจะมีการทำลายข้อมูลโดยการเข้าเครื่องทำลายเอกสารภายหลังสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้ว 6 เดือน และการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้ดำเนินการวิจัยทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัยและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตจากแหล่งข้อมูลแล้ว คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

โดยนำเอกสารขออนุญาตแนบไปกับแบบสอบถามและติดต่อกับหัวหน้าส่วนงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาล 2 แห่งที่มีเขตความรับผิดชอบในอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

3. หลังจากรวบรวมแบบสอบถามกลับมาได้ครบถ้วนแล้วทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลลงในแบบสอบถาม แล้วนำมาบันทึกลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อนำไปวิเคราะห์หาค่าทางสถิติของข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ได้แก่ สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) เป็นสถิติที่ใช้หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เมื่อค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล พนักงานเก็บขยะมูลฝอยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 72.5 โดยมีอายุเฉลี่ย 43.02 ปี (± 8.97) โดยส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.2 รองลงมาคือช่วง 51 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 27.5 มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 23.95 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (± 4.46) และเมื่อพิจารณาแบ่งกลุ่มค่าดัชนีมวลกายตามเกณฑ์สำหรับประชากรเอเชียตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข, 2568) พบว่า พนักงานเก็บขยะมูลฝอยส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 37.3 รองลงมาคือ มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับที่ 1 ร้อยละ 24.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 47.1 รองลงมาคือ สถานภาพโสด ร้อยละ 30.4 ตามลำดับ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 59.8 รองลงมาคือ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 30.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 79.4 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 59.8 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 61.8 ในด้านการนอนหลับพักผ่อนเฉลี่ยเท่ากับ 6.55 ชั่วโมงต่อวัน (± 1.30)

ข้อมูลด้านการทำงาน พบว่า พนักงานเก็บขยะมูลฝอยมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ยเท่ากับ 7.14 ปี (± 5.52) จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวันเฉลี่ยเท่ากับ 8.66 ชั่วโมงต่อวัน (± 1.20) น้ำหนักขยะที่ยกเฉลี่ยต่อถังเท่ากับ 38.41 ชั่วโมงต่อวัน (± 18.52) ร้อยละ 67.6 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานและสำหรับอุปกรณ์อันตรายส่วนบุคคลที่พนักงานเก็บขยะมูลฝอยสวมใส่ในการปฏิบัติงานประกอบด้วย ร้อยละ 36.3 สวมใส่หน้ากากอนามัย ร้อยละ 26.5 สวมใส่หน้ากากผ้า ร้อยละ 46.1 สวมใส่ถุงมือผ้า ร้อยละ 66.7 สวมใส่ถุงมือยาง ร้อยละ 46.1 สวมใส่ผ้ากันเปื้อน และร้อยละ 40.2 สวมใส่รองเท้าบูท

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 : ด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย พบว่า พนักงานเก็บขยะมูลฝอยมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.9 รองลงมาคือพฤติกรรมป้องกันระดับต่ำ ร้อยละ 32.4 รองลงมาคือ พฤติกรรมป้องกันระดับปานกลาง ร้อยละ 13.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอัญบุรี จังหวัดปทุมธานี (n = 102)

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อในการปฏิบัติงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมป้องกันระดับสูง	55	53.9
พฤติกรรมป้องกันระดับปานกลาง	14	13.7
พฤติกรรมป้องกันระดับต่ำ	33	32.4

ข้อมูลด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อ พบว่า พนักงานเก็บขยะมูลฝอยมีการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคติดต่อจากการปฏิบัติงานเฉลี่ยเท่ากับ 17.57 (± 3.91) โดยส่วนใหญ่รับรู้โอกาสเสี่ยงในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.9 การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคติดต่อจากการปฏิบัติงานเฉลี่ยเท่ากับ 20.06 (± 4.57) โดยส่วนใหญ่การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.2 การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อจากการปฏิบัติงานเฉลี่ยเท่ากับ 21.90 (± 5.07) โดยส่วนใหญ่รับรู้ประโยชน์ในการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.0 และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อจากการปฏิบัติงานเฉลี่ยเท่ากับ 19.88 (± 5.46) โดยส่วนใหญ่การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 39.2 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอัญบุรี จังหวัดปทุมธานี (n = 102)

ข้อมูลด้านการรับรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยง		
รับรู้มาก	6	5.9
รับรู้ปานกลาง	54	52.9
รับรู้่น้อย	42	41.2
การรับรู้ความรุนแรง		
รับรู้มาก	20	19.6
รับรู้ปานกลาง	43	42.2
รับรู้่น้อย	39	38.2
การรับรู้ประโยชน์		
รับรู้มาก	52	51.0
รับรู้ปานกลาง	26	25.5
รับรู้่น้อย	24	23.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลด้านการรับรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้อุปสรรค		
รับรู้มาก	26	25.5
รับรู้ปานกลาง	36	35.3
รับรู้น้อย	40	39.2

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร ตัวแปรต้น ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการทำงาน การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อ นำไปทดสอบสมมติฐานกับตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ที่มีระดับความเชื่อมั่น 95% และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดการทดสอบสมมติฐาน ดังตารางที่ 3

ปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน ได้แก่ ประสิทธิภาพงานและการได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 7.824, p < 0.05$ และ $X^2 = 6.053, p < 0.05$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการทำงานกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร (n = 102)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อ				สถิติ	p-value
	ต่ำ-ปานกลาง		สูง			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เพศ					$X^2=1.902$	0.168
ชาย	31	30.4	43	42.2		
หญิง	16	15.7	12	11.7		
อายุ (ปี)					$X^2=6.379$	0.095
22 – 30	9	8.8	3	2.9		
31 – 40	12	11.8	10	9.8		
41 – 50	15	14.7	25	24.5		
51 ปีขึ้นไป	11	10.8	17	16.7		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมกำบังกันตนเองจากโรคติดต่อ				สถิติ	p-value
	ต่ำ-ปานกลาง		สูง			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ดัชนีมวลกาย					$X^2=3.720$	0.445
น้ำหนักน้อย (<18.5 กก./ม ² .)	5	4.9	5	4.9		
น้ำหนักปกติ ($18.5 - 22.9$ กก./ม ² .)	18	17.6	20	19.6		
น้ำหนักเกิน ($23.0 - 24.9$ กก./ม ² .)	11	10.8	7	6.9		
อ้วนระดับที่ 1 ($25.0 - 29.9$ กก./ม ² .)	8	7.8	17	16.7		
อ้วนระดับที่ 2 (≥ 30.0 กก./ม ² .)	5	4.9	6	5.9		
สถานภาพ					$X^2=2.596$	0.458
โสด	16	15.7	15	14.7		
สมรส	19	18.6	29	28.5		
หย่า	8	7.8	5	4.9		
แยกกันอยู่	4	3.9	6	5.9		
ระดับการศึกษา					$X^2=2.717$	0.257
ประถมศึกษา	32	31.4	29	28.4		
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	11.8	19	18.6		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	3	2.9	7	6.9		
โรคประจำตัว					$X^2=0.678$	0.410
มี	8	7.8	13	12.7		
ไม่มี	39	38.3	42	41.2		
การสูบบุหรี่					$X^2=0.002$	0.965
สูบบุหรี่	19	18.5	22	21.6		
ไม่สูบบุหรี่	28	27.5	33	32.4		
การดื่มแอลกอฮอล์					$X^2=0.177$	0.674
ดื่ม	28	27.5	35	34.3		
ไม่ดื่ม	19	18.6	20	19.6		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมกำรป้องกันตนเองจากโรคติดต่อ				สถิติ	p-value
	ต่ำ-ปานกลาง		สูง			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ชั่วโมงการนอนหลับพักผ่อน					$X^2=1.384$	0.239
น้อยกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน						
มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ชั่วโมงต่อวัน						
ประสบการณ์ทำงาน (ปี)					$X^2=7.824$	0.005*
น้อยกว่า 7						
มากกว่าหรือเท่ากับ 7						
ชั่วโมงการปฏิบัติงาน (ชั่วโมงต่อวัน)					$X^2=2.079$	0.149
น้อยกว่า 9						
มากกว่าหรือเท่ากับ 9						
น้ำหนักขยะที่ยกเฉลี่ยต่อถัง (กิโลกรัม)					$X^2=2.685$	0.101
น้อยกว่า 38						
มากกว่าหรือเท่ากับ 38						
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน					$X^2=6.053$	0.014*
ได้รับการอบรม						
ไม่ได้รับการอบรม						
อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล						
หน้ากากอนามัย					$X^2=1.587$	0.208
ไม่สวมใส่						
สวมใส่						
หน้ากากผ้า					$X^2=2.401$	0.121
ไม่สวมใส่						
สวมใส่						
ถุงมือผ้า					$X^2=0.436$	0.509
ไม่สวมใส่						
สวมใส่						

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อ				สถิติ	p-value
	ต่ำ-ปานกลาง		สูง			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ถุงมือยาง					$X^2=3.334$	0.068
ไม่สวมใส่	20	19.6	14	13.7		
สวมใส่	27	26.5	41	40.2		
ผ้ากันเปื้อน					$X^2=0.006$	0.938
ไม่สวมใส่	26	25.5	30	29.4		
สวมใส่	21	20.6	25	24.5		
รองเท้าบูท					$X^2=0.002$	0.965
ไม่สวมใส่	28	27.5	33	32.4		
สวมใส่	19	18.6	22	21.5		

*p-value < 0.05

ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคติดต่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรป้องกันตนเองจากโรคติดต่อของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอัญบุรี จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 11.378, p < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อกับพฤติกรรมกำรป้องกันตนเองจากโรคติดต่อของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอัญบุรี จังหวัดปทุมธานี (n = 102)

ปัจจัยด้านการรับรู้	พฤติกรรมกำรป้องกันตนเองจากโรคติดต่อ				สถิติ	p-value
	ปานกลาง-ต่ำ		สูง			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง					$X^2=1.647$	0.439
รับรู้มาก	2	2.0	4	3.9		
รับรู้ปานกลาง	28	27.5	26	25.5		
รับรู้น้อย	17	16.7	25	24.5		
การรับรู้ความรุนแรง					$X^2=4.269$	0.118
รับรู้มาก	8	7.8	12	11.8		
รับรู้ปานกลาง	16	15.7	27	26.5		
รับรู้น้อย	23	22.5	16	15.7		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยด้านการรับรู้	พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อ				สถิติ	p-value
	ปานกลาง-ต่ำ		สูง			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การรับรู้ประโยชน์					$X^2=11.378$	0.003*
รับรู้มาก	17	16.7	35	34.3		
รับรู้ปานกลาง	19	18.6	7	6.9		
รับรู้น้อย	11	10.8	13	12.7		
การรับรู้อุปสรรค					$X^2=0.200$	0.905
รับรู้มาก	11	10.8	15	14.7		
รับรู้ปานกลาง	17	16.7	19	18.6		
รับรู้น้อย	19	18.6	21	20.6		

*p-value < 0.05

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอธัญบุรีส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงด้วยเพราะพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน จึงทำให้พนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจถึงอันตรายที่แฝงมากับขยะมูลฝอย ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อที่อาจต้องสัมผัสเชื้อก่อโรคต่าง ๆ ผ่านการปฏิบัติงานประจำวัน ซึ่งผลการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Alruqi et al. (2026) ที่พบว่า การได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการป้องกันตนเองจากปัจจัยเสี่ยงในการปฏิบัติงาน เนื่องจากการอบรมจะช่วยกระตุ้นให้พนักงานเกิดความรับผิดชอบต่อส่วนบุคคลเมื่อพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยเกิดความตระหนักและรู้สึกรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของตนเอง พนักงานจะมีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับที่สูงขึ้นได้

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยคือ ประสิทธิภาพการทำงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 7.824, p < 0.05$) ทั้งนี้จะเห็นได้ว่ากลุ่มพนักงานที่มีประสิทธิภาพทำงานตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมป้องกันตนเองในระดับสูง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า พนักงานกลุ่มนี้มีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ทำงานที่ยาวนานจนทำให้เกิดความตระหนักต่อโอกาสที่อาจเกิดโรคติดต่อจากการสัมผัสขยะมูลฝอยได้ชัดเจนมากกว่าพนักงานที่มีประสิทธิภาพทำงานน้อยกว่า รวมถึงการที่มีประสิทธิภาพทำงานมายาวนานอาจเคยเผชิญกับเหตุการณ์อันตรายในอดีต หรือการเห็นผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง หรือเพื่อนร่วมงานที่เกิดการติดเชื้อโรคจากขยะมูลฝอยในการทำงาน จึงเกิดความตระหนักถึงอันตราย ทำให้พนักงานที่มีประสิทธิภาพทำงานมายาวนานเกิดพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถ

ปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย สอดคล้องกับงานวิจัยของอริสรา สุขวัจน์ (2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินประจำห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของศูนย์การแพทย์ 2 แห่ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การทำงานที่มากกว่าจะมีโอกาสเกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 เท่า

นอกจากนี้ผลของการศึกษาวิจัยยังพบว่า การได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 6.053, p < 0.05$) ทั้งนี้จากผลการศึกษาเห็นได้ว่า พนักงานเก็บขยะมูลฝอยที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานจะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อในระดับที่สูงมากกว่าพนักงานเก็บขยะมูลฝอยที่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน เนื่องจากการอบรมถือเป็นการช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง อันนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันตนเองที่เหมาะสมต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของอริสรา สุขวัจน์ (2558) ซึ่งพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินประจำห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของศูนย์การแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อจะมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์ฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อ 3 เท่า และงานวิจัยของ Munni et al. (2024) ได้ทำการศึกษาความตระหนักรู้ พฤติกรรมความปลอดภัย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มพนักงานรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ในประเทศบังกลาเทศ พบว่าพนักงานที่ได้รับการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมความปลอดภัยที่ดีสูงถึง 3.6 เท่า เมื่อเทียบกับพนักงานที่ไม่ได้รับการอบรม

เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคติดต่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 11.378, p < 0.05$) ทั้งนี้จะเห็นว่า พนักงานที่รับรู้ประโยชน์จากการป้องกันตนเองอยู่ในระดับมาก จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อในระดับสูง อ้างอิงตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) โดยพนักงานกลุ่มที่รับรู้ประโยชน์จากการป้องกันตนเองอยู่ในระดับมาก จะมีความเชื่อมั่นว่าการปฏิบัติตามมาตรฐานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการป้องกันตนเอง อย่างเช่น การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด จะส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเองในระยะยาว และช่วยป้องกันการสัมผัสเชื้อโรคจากมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการรับรู้ประโยชน์ถือเป็นแรงจูงใจที่สำคัญให้พนักงานเลือกปฏิบัติตนในทิศทางที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อก่อโรคจากการปฏิบัติงานได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณภา ธนานุภาพไพศาล และรสสุคนธ์ พิไชยแพทย์ (2565) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

โดยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยเทศบาลในอำเภอธัญบุรีโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทของการอบรมด้านความปลอดภัยและประสบการณ์การทำงานที่มีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก และความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำหรับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรกำหนดแนวทางให้มีการจัดฝึกอบรมความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ โดยมุ่งเน้นกลุ่มพนักงานใหม่ที่มีประสบการณ์ไม่มากนัก เพื่อสร้างความตระหนัก และลดผลกระทบสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับพนักงานเก็บขยะมูลฝอย
2. สำหรับหัวหน้างาน ควรจัดให้มีรูปแบบการกำกับดูแลการปฏิบัติงานของพนักงานใหม่ โดยอาจใช้เป็นระบบการสอนงาน หรือให้คำแนะนำจากพนักงานที่มีประสบการณ์มากกว่า เพื่อถ่ายทอดความรู้ ข้อควรระวังต่าง ๆ หรือแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัย
3. สำหรับพนักงานเก็บขยะมูลฝอย ควรนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมมาประยุกต์ใช้ในการประเมินความเสี่ยงก่อนเริ่มปฏิบัติงานในทุกพื้นที่ และตระหนักว่าพฤติกรรมป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด เป็นหน้าที่สำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัวโดยตรง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสนทนากลุ่มในกลุ่มพนักงานที่มีพฤติกรรมป้องกันตนเองต่ำ เพื่อให้เข้าใจถึงข้อจำกัดต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย
2. ควรมีการศึกษาในลักษณะกึ่งทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการอบรมที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมมลพิษ. (2565). รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. <https://www.pcd.go.th/publication/26832/>
- กรมอนามัย. (2562). โรคและอันตรายที่เกิดจากอาหารและน้ำที่ไม่สะอาดปลอดภัย (บุคลากรสาธารณสุข). กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. https://multimedia.anamai.moph.go.th/associates/hp-ebook_03/
- กรมอนามัย. (2568). BMI กับ ระยะทางความอ้วน. สื่อมัลติมีเดียกรมอนามัย. https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/info1123_health_32/
- ชลลดา พลธราช, บุษยา จูงาม, และดวงเดือน วัฏฏานุรักษ์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปริมาณเชื้อรา และแบคทีเรียในอากาศของห้องโดยสารรถเก็บขยะกับผลกระทบต่อสุขภาพ: กรณีศึกษาเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 15(4), 56-68.
- ทิพย์สุดา เอียดเพชร, เพ็ญผกา แซ่คู, และกิริติ นิยมรัตน์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันตนเองในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 (COVID-19) ของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา, 1(1), 1-8.
- ปิยะนันท์ เรือนคำ, สุคนธา คงศีล, สุขุม เจริญมตน, ยวนุช สัตยสมบุรณ์, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรผู้ใหญ่: กรณีศึกษา เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(ฉบับเพิ่มเติม 2), S247-S259.
- ลัดดาวรรณ ดอกแก้ว, ประมุข โอศิริ, เณลิ้มชัย ชัยกิตติภรณ์, สมพร กันทรดุษฎี เจริญชัยศรี, ดุสิต สุจิรารัตน์, และนพพร จงวิศาล. (2559). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจและ

- สมรรถภาพปอดในกลุ่มพนักงานเก็บขยะของกรุงเทพมหานคร. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 18(3), 18-29
- วนิษา ผิวนางงาม, สุทิน ชนะบุญ, และลำพึง วอนอก. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคปอดในบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 11(1), 14-29.
- วรรณภา ธนาทิพย์ไพศาล, และรสสุคนธ์ พิไชยแพทย์. (2565). ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 8(1), 135-152.
- ศราวุฒิ แสงคำ, และจำลอง อรุณเลิศอารีย์. (2562). สิ่งคุกคามสุขภาพในพนักงานเก็บขยะมูลฝอยและแนวทางการป้องกัน. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(6), 649-657.
- สุภาภรณ์ วงธิ. (2564). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. คลังปัญญา มหาวิทยาลัยนเรศวร. <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/3227>
- สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 6. (2567). *รายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2566 สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 6*. <https://epo06.pcd.go.th/information/list/1524>
- อริสรา สุขวักณี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 7(2), 253-266.
- Alruqi, W. M., Hoque, M. N., Ahmed, S., & Abudayyeh, O. (2026). The impact of safety training on safety behavior among multinational construction workers: The mediating role of responsibility and the moderating role of nationality. *Buildings*, 16(1), 94. <https://doi.org/10.3390/buildings16010094>
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Dadras, O., Alinaghi, S. A. S., Karimi, A., MohsseniPour, M., Barzegary, A., Vahedi, F., Pashaei, Z., Mirzapour, P., Fakhfour, A., Zargari, G., Saeidi, S., Mojdeganlou, H., Badri, H., Qaderi, K., Behnezhad, F., & Mehraeen, E. (2021). Effects of COVID-19 prevention procedures on other common infections: a systematic review. *European Journal of Medical Research*, 26(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s40001-021-00539-1>
- Kawakami, T., & Khai, T. T. (2010). *WARM: Work adjustment for recycling and managing waste: Action manual for waste collectors and communities to promote their joint actions in improving safety, health and efficiency in waste collection and management*. International Labour Organization.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>

- Munni, M. N., Karim, M. R., Haque, M., Khan, S., Khan, M. A. S., & Hossain, I. (2024). Awareness, safety practices and associated factors among e-waste recycling workers in Bangladesh. *Environmental Health Insights*, 18, 11786302241271555.
<https://doi.org/10.1177/11786302241271555>
- Oza, H. H., Lee, M. G., Boisson, S., Pega, F., Medlicott, K., & Clasen, T. (2022). Occupational health outcomes among sanitation workers: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 240, 113907.
<https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2021.113907>
- Salvaraji, L., Jeffree, M. S., Avoi, R., Atil, A., Mohd Akhir, H., Shamsudin, S. B. B., & Awang Lukman, K. (2020). Exposure risk assessment of the municipal waste collection activities during COVID-19 pandemic. *Journal of Public Health Research*, 9(4), 1994.
<https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1994>
- Sangkham, S., Thongtip, S., & Sakunkoo, P. (2021). Occupational health hazard exposure and health problems among solid waste collectors in Phayao Province, Northern Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 19(2), 227–239.
- Tsovili, E., Rachiotis, G., Symvoulakis, E. K., Thanasias, E., Giannisopoulou, O., Papagiannis, D., Eleftheriou, A., & Hadjichristodoulou, C. (2014). Municipal waste collectors and hepatitis B and C virus infection: a cross-sectional study. *Le Infezioni in Medicina*, 22(4), 271–276.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด ต่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน
โรคความดันโลหิตสูง โดยใช้เครื่องมือป้องกันปัจจัยเสี่ยงชีวิต 7 สี
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

โคตรตรีย์ แพน้อย, ศษ.ม., พย.ม.*

ชูลีพร หิตอักษร, พย.ม.**

รพีพรรณ กำลังวุธ, พย.ม.***

Received: April 20, 2025

Revised: April 8, 2026

Accepted: April 15, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะคิด และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด ต่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยใช้เครื่องมือป้องกันปัจจัยเสี่ยงชีวิต 7 สี ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (ค่า KR20 = 0.80) แบบสอบถามทักษะคิดต่อการป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงโดย มีค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะคิด ($r = .027$) และไม่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ($r = .051$) สำหรับทักษะคิดของอสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ($r = .377, p\text{-value} < .001$) โดยใช้เครื่องมือป้องกันปัจจัยเสี่ยงชีวิต 7 สี ข้อเสนอแนะ ควรมีการสร้างทักษะคิดที่ดีในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้เครื่องมือป้องกันปัจจัยเสี่ยงชีวิต 7 สีให้กับอสม. จะนำไปสู่การสร้างเชื่อมั่นใจให้กับอสม. ในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: ความรู้ ทักษะคิด ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ป้องกันปัจจัยเสี่ยงชีวิต 7 สี

* อาจารย์ สาขาการพยาบาลชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์ สาขาการพยาบาลชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: chuleeporn@bcnsurat.ac.th

*** อาจารย์ สาขาการพยาบาลชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Relationship between Knowledge, Attitude towards Monitoring, Prevention and Control of Diabetes, Hypertension by using 7-color Life Traffic Ping-pong Tool of Village Health Volunteers in Makham Tia Subdistrict, Mueang District, Surat Thani Province

Soratree Phaenoi, M.Ed., M.N.S.*
Chuleeporn Heetakson, M.N.S.**
Rapeepan Kumlungwoot, M.N.S.***

Abstract

This descriptive correlational research study aimed to examine the relationship between knowledge, attitude, and surveillance and prevention and control of diabetes and hypertension by using the 7-color traffic light ping-pong. Participants were 120 village health volunteers (VHVs) by purposive sampling. The study tools are questionnaires. Knowledge of diabetes and hypertension (KR20=0.80), attitude and surveillance, and prevention and control of diabetes and hypertension. The instruments demonstrated reliability, with Cronbach's alpha coefficients of 0.81 and 0.86, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results of the research found that knowledge on diabetes and hypertension was not related to attitude ($r = .027$) and was not related to the surveillance, prevention, and control of diabetes and hypertension ($r = .051$). As for the attitude of VHVs, there was a moderately positive relationship with statistical significance towards the surveillance, prevention, and control of diabetes. Hypertension ($r = .377$, $p\text{-value} < .001$) by using the 7-color life traffic ping-pong tool. Suggestion: There should be an effort to cultivate a positive attitude toward monitoring, preventing, and controlling diabetes and hypertension by using the 7-color life traffic ping-pong tool for community health volunteers. It will lead to building confidence among community health volunteers. In the performance of duties, monitoring, preventing, and controlling diabetes and hypertension.

Keywords: Knowledge, Attitudes, Prevention and control of diabetes, Hypertension, Ping pong traffic light of life (7 colors)

* Lecturer, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Lecturer, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; Corresponding Author E-mail: chuleeporn@bcnsurat.ac.th

*** Lecturer, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในประเทศ โดยเป็นสาเหตุของโรคภัยร้ายแรงอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคไต เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันด้วยพฤติกรรมและการใช้ชีวิตของผู้คนทำให้แนวโน้มของทั้งสองโรคทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลุ่มโรคนี้มีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัย หรือมากกว่า ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญ 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) การบริโภคยาสูบ 2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 4) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และปัจจัยด้านสรีรวิทยา 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ภาวะไขมันในเลือดสูง 2) ภาวะความดันโลหิตสูง 3) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง 4) ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน นอกจากนี้ความเครียดเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอีกหนึ่งปัจจัย ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม (World Health Organization, 2021) ดังนั้นการลดความรุนแรงของกลุ่มโรคนี้จึงมุ่งเน้นที่การป้องกันควบคุม ปัจจัยเสี่ยงก็จะสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคได้ร้อยละ 80 โดยเน้นหนักในการป้องกันระดับ ปฐมภูมิการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงแบบบูรณาการ และส่งเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิตในระดับครอบครัว และชุมชนให้มีประสิทธิผลสูงสุด (กองโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการนำแนวคิดป้องกันภาวะโรค 7 สี เป็นเครื่องมือคัดกรอง และจัดระดับความรุนแรงของโรคด้วยการเทียบกับป้องกันภาวะโรค 7 สี เพื่อจัดแบ่งประชาชนออกเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มปกติ สีขาว กลุ่มเสี่ยงสีเขียวอ่อน กลุ่มป่วย ระดับ 0 สีเขียวเข้ม ระดับ 1 สีเหลือง ระดับ 2 สีส้ม และระดับ 3 สีแดง ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนใช้สีดำ ส่วนการปฏิบัติงานจะมุ่งไปที่การป้องกัน ไม่ให้เกิดผู้ป่วยหน้าใหม่ (สีเหลือง) ลดความรุนแรงของโรคจากสีแดงให้เป็นสีส้ม สีเหลือง และสีเขียวเข้ม รวมทั้งลดความเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มสีแดงไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน (สีดำ) (วิชัย เทียนถาวร, 2556) ที่ผ่านมามีการมีกระบวนการคัดกรองและรักษาผู้ป่วย แต่สิ่งที่เป็นปัญหาทั้งต่อผู้ป่วยและผู้รักษาคือ การไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ชัดเจน และทราบแนวทางปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และเหมาะสมต่อระดับความรุนแรงของโรคได้ แต่เมื่อมีแนวคิดเรื่องป้องกันภาวะโรค 7 สี ช่วยให้การให้ข้อมูลต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะการเปรียบเทียบระดับอาการกับป้องกันภาวะโรค 7 สี จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ของตนเองว่าอยู่ในระดับใด ขณะเดียวกันผู้ดูแลรักษาก็สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติตน และกำหนดแนวทางการดูแลรักษาให้เหมาะสมได้ โดยการใช้ป้องกันภาวะโรค 7 สี สามารถช่วยให้หน่วยงานสาธารณสุขลดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับต่าง ๆ ได้เป็นจำนวนมาก รวมทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้นด้วย (ปัทมา แจ่มจำรูญ และธนิดา ผาติเสนะ, 2560) จากการศึกษาของอัสนี วันชัย และคณะ (2566) ได้รวบรวมข้อมูลการใช้ป้องกันภาวะโรค 7 สี ในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ลักษณะการใช้ป้องกันภาวะโรค 7 สี มีการใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรอง และจำแนกกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนาป้องกันภาวะโรค 7 สี ไปใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีบทบาทในการทำงานเชิงรุกในชุมชน อสม. เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2521 จากการดำเนินงานสาธารณสุขด้วยหลักการสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) ให้มีความสำคัญกับบทบาทของประชาชน อสม. ถือเป็นผู้นำทางความคิด เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข ช่วยแนะนำเผยแพร่ความรู้ วางแผนประสานกิจกรรมสาธารณสุข ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังและป้องกันโรค ช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น คุ้มครองผู้บริโภค และส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศในทุก ๆ ด้าน แม้ในยามเกิดวิกฤตได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการคลี่คลายปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ (สุวัฒน์ บำรุงศรี และ

หัตถพร ชูศักดิ์, 2560) ในการดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จะช่วยสร้างความตระหนักและเสริมสร้างพลังชุมชน ประสานงานกับเครือข่ายในการจัดทำโครงการสื่อสารหรือประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสถานการณ์โรค การคัดกรองเบาหวาน และความดันโลหิต โดยการชักประวัติ และตรวจร่างกายเบื้องต้น เช่น การวัดรอบเอว ประเมินดัชนีมวลกาย แจ้งผลการคัดกรองเบื้องต้น และติดตามผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ไม่ได้มารับการคัดกรองตามนัด (พิมพ์นภัสกร ทองทราย และคณะ, 2561)

จากข้อมูลในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามเตี้ย มีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปีพ.ศ. 2566-2567 คิดเป็นร้อยละ 567.28 และ 656.54 อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน คิดเป็น 326.91 และ 340.25 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้น (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข, 2567) แสดงให้เห็นว่ามีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอสม.มีบทบาทสำคัญเป็นแกนนำมีส่วนร่วมในการดูแลและถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนในชุมชนมะขามเตี้ย และได้มีการนำเครื่องมือป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เพื่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การนำเครื่องมือป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 7 สี มาใช้ในการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพื่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การนำเครื่องมือป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 7 สี เป็นเครื่องมือคัดกรองที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของอสม. หากอสม. มีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีย่อมมีความมั่นใจในการช่วยคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ ต่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 7 สี ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อเป็นแนวทางในพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงของอสม.ในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

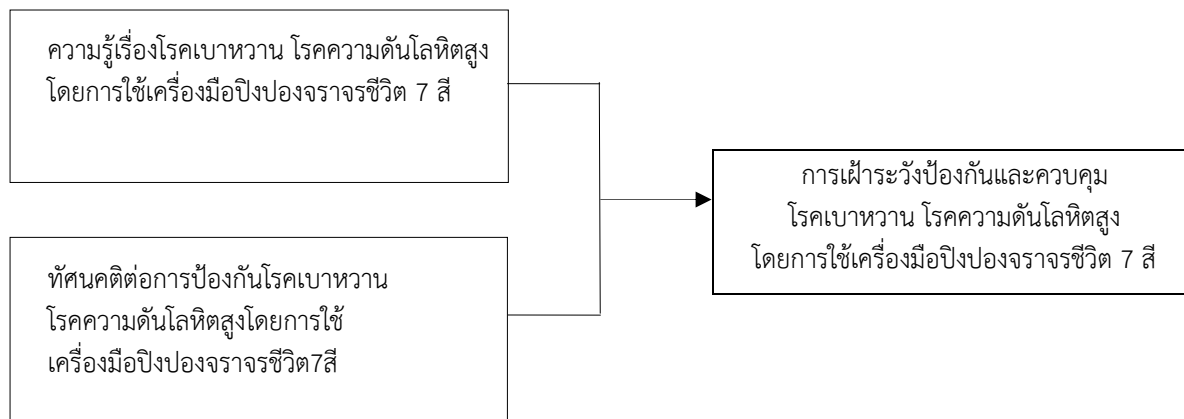
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ ต่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 7 สี ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ ต่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 7 สี ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ ต่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 7 สี ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Schwartz (1975) KAP model เลือกใช้รูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม พบว่าความรู้และทัศนคติ มีผลต่อการปฏิบัติ และความรู้มีผลต่อทัศนคติ ทำให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในภาพ 1

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่ในตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 628 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ อสม.จำนวนทั้งสิ้น 120 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่

1) เป็น อสม.ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะขามเตี้ย ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2) ปฏิบัติหน้าที่มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี

3) อ่านและเขียนภาษาไทยได้

4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

1) การเสียชีวิต

2) การลาออกจากการเป็นอสม.

3) ไม่สมัครใจให้ข้อมูลและข้อมูลไม่ครบถ้วน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัวต่อเดือน ความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การคัดกรอง และความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

คะแนนรวมมีค่า 0-15 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง (12-15 คะแนน)

ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)

ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ทักษะการป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (1967) (Likert's scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยที่คำถามด้านบวกมีคะแนน 1 ถึง 5 คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ส่วนคำถามด้านลบให้คะแนนตรงกันข้าม ได้กำหนดการแปลความหมายดังนี้

ค่าเฉลี่ยมากกว่า 4.55	หมายถึง	มีทัศนคติดีอย่างมาก
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.56-4.55	หมายถึง	มีทัศนคติที่ดี
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.56-3.55	หมายถึง	มีทัศนคติปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.56-2.55	หมายถึง	มีทัศนคติไม่ดี
ค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 1.55	หมายถึง	มีทัศนคติไม่ดีอย่างมาก

ส่วนที่ 4 การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามวัดความคิดเห็นของลิเคิร์ต (1967) (Likert's scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และน้อยครั้ง เกณฑ์การให้คะแนน คำถามข้อความทางบวก คะแนนเรียงจากมากไปหาน้อย คือ ถ้าปฏิบัติทุกครั้ง/เป็นประจำได้ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และน้อยครั้งได้ 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ คำถามข้อความทางลบระดับปฏิบัติคะแนนจะเรียงจากน้อยไปหามาก คือ ถ้าปฏิบัติทุกครั้ง/เป็นประจำบ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และน้อยครั้ง ได้ 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนนตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนความรู้ ทักษะ และการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วยอายุรแพทย์ด้านโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อาจารย์ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการจัดการโรคเรื้อรัง และพยาบาลด้านเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและนำไปทดลองใช้กับ อสม.ในเขตพื้นที่รับผิดชอบใกล้เคียง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนความรู้ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.80

สำหรับแบบสอบถามส่วนทัศนคติและการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81 และ 0.86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี เอกสารรับรองเลขที่ 2022/28 ลงวันที่ 22 กันยายน 2565 โดยผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากการวิจัยสามารถบอกเลิกได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ ด้วยการลงรหัสนำเสนอเป็นสถิติในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบ และตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยจะให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร และดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลต่อ และเอกสารจะถูกทำลายหลังการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี
2. คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย
3. คณะผู้วิจัยติดต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำหนังสือขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งจัดเตรียมแบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามพร้อมทั้งหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปส่งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมทั้งกำหนดวันเวลาขอรับแบบสอบถามกลับคืน เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาครบตามจำนวน และตรวจความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความรู้ ทัศนคติ ต่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติต่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการบรรยายขนาดความสัมพันธ์ (Burns & Grove, 2009)

$$r > 0.50$$

หมายถึงตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

$$r = 0.30 - 0.50$$

หมายถึงตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

$$r < 0.30$$

หมายถึงตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

ผลการวิจัย

ในการนำเสนอผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอข้อมูล เป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.14 อายุเฉลี่ย 52.3 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 70 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 37.14 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.43 รายได้ครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 34.29 ระยะเวลาการเป็นอสม. เฉลี่ย 15.8 ปี

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการใช้เครื่องมือป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี่

ระดับความรู้ของอสม.ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี่ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 13.86$, $SD = 1.28$) อสม.มีทัศนคติที่ดีในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ($M = 4.01$, $SD = .33$) และอสม.มีพฤติกรรมการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับดี ($M = 3.65$, $SD = .50$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการใช้เครื่องมือป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี่ ($n=120$)

ตัวแปร	M	SD	การแปลผล
ความรู้	13.86	1.28	ปานกลาง
ทัศนคติ	4.01	.33	มีทัศนคติที่ดี
การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	3.65	.50	ระดับดี

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ ต่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ ($r = .027$) และไม่มี ความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ($r = .051$) สำหรับทัศนคติ ของอสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .377$, $p\text{-value} < .001$) ต่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี่ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการใช้เครื่องมือป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี่ ($n=120$)

ตัวแปร	ความรู้	ทัศนคติ	การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง
ความรู้	1		
ทัศนคติ	.027	1	
การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค	.051	.377*	1

* $p < .001$

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอสม.ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการเฝ้าระวังโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรู้ของอสม. ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิด KAP ของ Schwartz (1975) ที่ว่าความรู้เกิดจากการปฏิบัติทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านทัศนคติ อาจจะเพราะว่า อสม.บางส่วนยังไม่เข้าใจในการใช้เครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลการคัดกรองสุขภาพโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จึงอาจเกิดความไม่มั่นใจในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค จึงควรมีการส่งเสริมการคัดกรองภาวะสุขภาพตามแนวคิดสภ.โมเดล โดยการใช้เครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ของวิชัย เทียนถาวร และคณะ (2565) เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะการคัดกรองและการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงให้กับอสม. เพื่อนำความรู้ไปดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนร่วมกับทีมสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์ดา ธานีรินทร์ และพิชญา ตาจุ่ม (2566) อสม.ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล การจัดการข้อมูล การถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นจึงควรมีการบอกเป้าหมายของการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคตามการแบ่งกลุ่มป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี การแนะนำการปฏิบัติตัวตามป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ลงมือปฏิบัติ เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาณัฐ เกิดชื่น และคณะ (2567) ควรมีการส่งเสริม สนับสนุนให้ อสม.ได้พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพราะอสม.ถือว่าเป็นทุนทางสังคม (social capitals) ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เน้นการฝึกหรือลงมือปฏิบัติ เพื่อให้เกิดทักษะ หรือความเชี่ยวชาญ ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้และทักษะปฏิบัติในเรื่องใด ๆ เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเกสิรินทร์ ไทยเสน และนางณภัทร รุ่งเนย (2567) การพัฒนาสมรรถนะอสม. ทำให้อสม.มีความรู้ ทักษะการคัดกรองภาวะสุขภาพ และความสามารถในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ทำให้อสม.มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงทักษะการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ทักษะการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ทองเพชร และคณะ (2565) หลังจากอสม.ได้รับการพัฒนาทักษะที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยสภ.โมเดล (ป้องกันจรรยา 7 สี) จะช่วยเสริมสร้างความรับผิดชอบและตระหนักถึงปัญหาสุขภาพในชุมชน เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ฝึกทักษะ สร้างเจตคติที่ดีในการดูแลประชาชนในความรับผิดชอบตามบทบาทของ อสม.

2. ทัศนคติของอสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี อธิบายได้ว่า การมีทัศนคติที่ดีของอสม. ต่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน หากอสม.มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการทำงาน ย่อมส่งผลต่อการสร้างสุขภาพของคนในชุมชนได้ ดังนั้นจึงควรมีการจัดกิจกรรมสร้างทัศนคติ แรงจูงใจ สมรรถนะการทำงานให้กับอสม. สอดคล้องกับการศึกษาของอดิยาณ์ ศรีเกษตรริน และคณะ (2566) การส่งเสริมความรู้ และทัศนคติของอสม. โดยมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ทำให้อสม.เกิดความรู้ ความเชื่อมั่น เกิดทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์สยาม สุวรรณสุทธิ (2565) กระทรวงสาธารณสุขควรจะต้องเสริมสร้างให้อสม.มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 และให้อสม.มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงสถานการณ์การระบาดของโรคร่วมกับหน่วยงาน

ในชุมชน และควรมีการพัฒนาศักยภาพของอสม.ในการป้องกันและควบคุมโรค โดยการใช้เครื่องมือป้องกัน จราจรชีวิต 7 สี

โดยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า ทศนคติ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการพัฒนาอสม.มากกว่าการให้ความรู้เชิงเนื้อหาเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการพัฒนาศักยภาพของอสม. ด้านความรู้การเฝ้าระวังและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี เพื่อสร้างความมั่นใจการดูแลสุขภาพของประชาชน เนื่องจากอสม.เป็นบุคคลสำคัญของทีมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี
2. ควรศึกษาและพัฒนาช่องทางการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการใช้เครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ให้กับอสม.

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ. (2563). *คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD clinic plus 2563*.

กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี*. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ.

<https://hdc.moph.go.th/center/public/kpi/9/2024>

กัญญาณัฐ เกิดขึ้น, จลกลณี ตัญเจริญ, และธิดารัตน์ นิมกระโทก. (2567). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการบริหารจัดการ“สถานีรักษสุขภาพ”แบบเป็นหุ้นส่วน. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 10(2), 55-68.

เกสรินทร์ ไทยเสน, และณงนภัทร รุ่งเนย. (2567). ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 30(3), 37-55.

จินตนา ทองเพชร, ชลันดา บุตรพุ่ม, เพชรรุ่ง เดชบุญญจิตต์, และอรุณ แสงแดง. (2565). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วย สบช.โมเดล 2022 ต่อความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(3), 227-237.

ปัทมา แจ่มจำรูญ, และธนิดา ผาติเสนะ. (2560). การประเมินผลโครงการการใช้ป้องกันจราจรชีวิต 7 สีในการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารราชพฤกษ์*, 15(2), 125-134.

- พิมพ์นักร ทอทราย, แสงทอง ชีระทองคำ, นพวรรณ เปียชื่อ, และกมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(1), 148-158.
- วิชัย เทียนถาวร. (2556). ระบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 3). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วิชัย เทียนถาวร, วณิชา ชื่นกองแก้ว, วสุธร ตันวัฒนกุล และพยางค์ เทพอักษร. (2565). การพัฒนาวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายใต้โครงการสร้างชุมชนสุขภาวะด้วยสภ. โมเดล 2022: 1 วิทยาลัย 1 ชุมชน เทิดพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว (2565-2567). *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 187-194.
- ศักดิ์ดา ธานินทร์, และพิชญา ตาจุ่ม. (2566). รูปแบบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดเชียงราย. *เชียงใหม่เวชสาร*, 15(3), 132-142.
- ศักดิ์สยาม สุวรรณสุทธิ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 2(3), 81-98.
- สุวัฒน์ บำรุงศรี, และทัฬห ชูศักดิ์. (2560). แบบจำลองสมการโครงสร้างปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 22(1), 124-136.
- อติญาณ์ ศรีเกษตรริน, ทิพวัลย์ พรหมน้อย, ผุสดี สระทอง, และพิชญ์สินี มงคลศิริ. (2566). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 39(2), 173-183.
- อัสนี วันชัย, จิตติพร ศรีชะเกตุ, และวิชัย เทียนถาวร. (2566). การประยุกต์ใช้โปสเตอร์ 7 สีในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การทบทวนขอบเขตงานวิจัย. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(2), e267915.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, & generation of evidence* (6th ed.) Saunders Elsevier.
- Likert, R. (1967). The method of constructing and attitude scale. In Fishbein M. (Ed.), *Attitude theory and measurement* (pp.90-95.). Wiley & Son.
- Schwartz, N. E. (1975). Nutritional knowledge, attitude, and practices of high school graduates. *Journal of the American Diabetic Association*, 66(1), 28-31.
- World Health Organization. (2021). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. WHO Press.

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนชนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย

กานทิพิชชา โคตรบรรเทา, พย.ม.*

Received: April 23, 2025

Revised: April 15, 2026

Accepted: April 16, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนชนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างสุ่มอย่างง่ายจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 9 คน 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดบริการ จำนวน 56 คน และ 3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 คน รวมทั้งหมดจำนวน 75 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสนทนากลุ่ม แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความพึงพอใจ บันทึกคุณภาพการรักษา ได้แก่ การเข้าถึง stroke fast track การส่งต่อภายใน 30 นาที ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่า 0.84 และ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเข้าถึงบริการการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การเฝ้าระวังอาการ การแจ้งเหตุฉุกเฉิน การประสานการส่งต่อ และการเข้าสู่ระบบ stroke fast track อย่างเป็นระบบ ภายหลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง stroke fast track ร้อยละ 45.65 มีการส่งต่อภายใน 30 นาที ร้อยละ 100 มีระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 40 นาที ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก (mean = 8.45, SD = 1.68) ผลการวิจัยสะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนท่องเที่ยวที่มีข้อจำกัดด้านบริบทพื้นที่ ข้อเสนอแนะคือ ควรมีการติดตามการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย

คำสำคัญ: รูปแบบการเข้าถึงบริการ โรคหลอดเลือดสมอง ชุมชนท่องเที่ยว

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: Kannika3878@gmail.com

The Development of a Model for Accessing Stroke Services in the Chiang Khan Walking Street Community, Chiang Khan District, Loei Province

Kanphitcha Kotbantao, M.N.S.*

Abstract

This action research aims to develop a model for accessing stroke services in the Chiang Khan Walking Street community, Chiang Khan District, Loei Province. The sample was randomly selected from individuals who met the inclusion criteria: 1) a multidisciplinary team of 9 members, 2) stakeholders involved in service provision, totaling 56 individuals, and 3) stroke patients, totaling 10 individuals, making a total of 75 participants. Research tools included personal information, focus group discussions, stroke knowledge questionnaires, satisfaction assessments, and quality of care records, which encompassed access to the Stroke Fast Track, transfers within 30 minutes, and the average time from symptom onset to hospital arrival. The reliability of the questionnaires was found to be 0.84 and 0.87. Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics.

The research findings revealed that the developed model for accessing stroke treatment services includes symptom monitoring, emergency reporting, referral coordination, and systematic entry into the stroke fast track system. After implementing the model, patients were able to access the Stroke Fast Track 45.65% of the time, with 100% being referred within 30 minutes. The average time from the onset of symptoms to hospital arrival was 2 hours and 40 minutes. The average knowledge score about stroke before and after using the model for accessing stroke services showed a statistically significant difference ($p < 0.001$), and the satisfaction level with the model was high mean = 8.45, $SD = 1.68$. The research results indicate that the developed model enhances the efficiency of accessing stroke treatment services in tourist communities with contextual limitations. Recommendation: There should be continuous monitoring of the use of the stroke service access model in the community to establish nursing care standards for patients.

Keywords: Service access models, Stroke, Tourist community

* Professional Nurse, Professional Level, Chiang Khan Hospital, Loei province; Corresponding Author E-mail: Kannika3878@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ที่ทำให้เกิดความพิการของประชาชนทั่วโลก โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน จัดเป็นผู้ป่วยรายใหม่มากถึง 12 ล้านคน และพบผู้เสียชีวิต จำนวน 6.5 ล้านคน (World Stroke Organization, 2019) สำหรับประเทศไทย พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 34,000 คน (อัตราการตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มากถึงร้อยละ 60 โดยคาดการณ์ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (GBD 2019 Stroke Collaborators, 2021) เช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีประเด็นการรณรงค์ในปี 2565 จากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) คือ มุ่งเน้นเสริมสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชนและให้เข้าถึงการรักษาพยาบาลฉุกเฉินอย่างทันท่วงที เพราะทุก 1 นาทีที่เซลล์สมองขาดเลือดจะมีเซลล์สมองตายประมาณ 1 ล้านเซลล์ หากได้รับการรักษาช้าเซลล์สมองจะตายมากขึ้นนำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิตได้ (กรมควบคุมโรค, 2565)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เนื่องจากมีความรุนแรงสูง ก่อให้เกิดการเสียชีวิตและความพิการระยะยาว รวมทั้งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม โดยหากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลา โดยเฉพาะภายใน 3-4.5 ชั่วโมง และเข้าสู่ระบบ stroke fast track จะช่วยเพิ่มโอกาสในการฟื้นตัวและลดความรุนแรงของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ สถานการณ์ในจังหวัดเลยระหว่างปี 2563-2565 พบแนวโน้มอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น โดยอำเภอเชียงคานเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์สูง อีกทั้งยังเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญที่มีประชากรแฝงจำนวนมาก โดยเฉพาะบริเวณถนนคนเดิน ซึ่งมีความแออัดและข้อจำกัดด้านการจราจร ส่งผลต่อความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ แม้พื้นที่จะอยู่ใกล้โรงพยาบาลก็ตาม ทั้งนี้ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบ stroke fast track มีเพียงร้อยละ 24.6 ขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม late onset ถึงร้อยละ 75.4 นอกจากนี้ปัญหาสำคัญยังเกิดจากการขาดความรู้และความตระหนักของประชาชนในการสังเกตอาการเตือนของโรค รวมถึงข้อจำกัดของระบบการเข้าถึงบริการและการส่งต่อผู้ป่วยในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน ถนนคนเดินเชียงคานจึงมีความจำเป็น เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว ลดความพิการและอัตราการเสียชีวิต และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชน พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลและการเข้าถึงบริการสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยการศึกษาของเสกสรรค์ จวงจันทร์ และคณะ (2562) ที่ดำเนินการในอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเวลา onset to door time ภายใน 2 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83.33 เป็นร้อยละ 91.66 และระยะเวลา door to door time ในการส่งต่อภายใน 30 นาทีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.22 เป็นร้อยละ 37.50 สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบบริการที่ดีขึ้นในด้านความรวดเร็วในการเข้าถึงการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณิ แสนสุข และคณะ (2565) ซึ่งศึกษาการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร พบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบบริการ ความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและญาติผู้ป่วยอยู่ในระดับมากทั้งโดยรวมและรายด้าน แสดงให้เห็นถึงคุณภาพของระบบบริการที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การศึกษาของเบญจมาศ มาสิงบุญ (2566) ในอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม พบว่า การพัฒนา

รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อาการเตือน และช่องทางการแจ้งเหตุฉุกเฉินเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็วและ ทันเวลามากขึ้น โดยตัวชี้วัดสำคัญของระบบ stroke fast track พบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมงผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 และการเข้าถึงบริการผ่านระบบ 1669 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.20 เป็นร้อยละ 31.59

จากผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลและการเข้าถึงบริการ โรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะการบูรณาการระบบบริการฉุกเฉิน การสร้างความรู้และการมีส่วนร่วม ของชุมชน ตลอดจนการพัฒนาระบบส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ มีบทบาทสำคัญในการลดระยะเวลาใน การเข้าถึงบริการ เพิ่มโอกาสในการรักษาที่ทันทั่วถึง และยกระดับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวม อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาเน้นการดำเนินงานในบริบทชุมชนทั่วไปหรือพื้นที่ชนบทเป็นหลัก ขณะที่ การพัฒนาในบริบทพื้นที่ท่องเที่ยวซึ่งมีลักษณะประชากรแฝงและความซับซ้อนของการเข้าถึงบริการยังมี จำกัด จึงนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ถนนคนเดินเชียงคานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

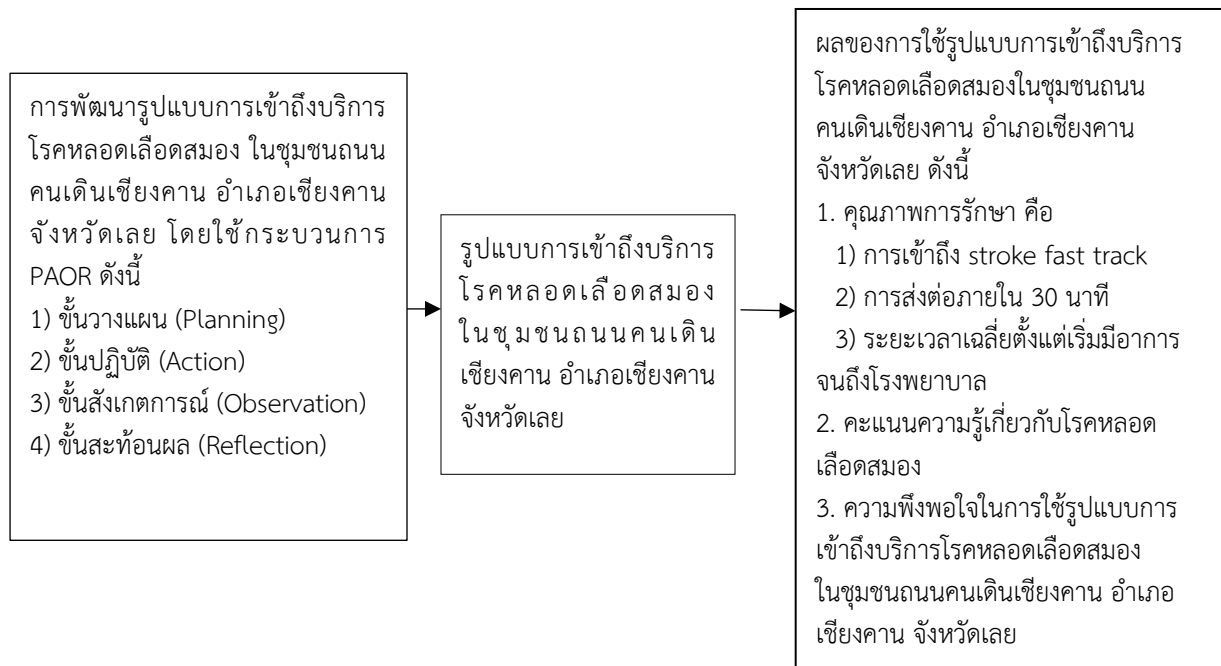
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอ เชียงคาน จังหวัดเลย
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย ได้แก่ 1) คุณภาพการรักษา คือ 1.1) การเข้าถึง stroke fast track 1.2) การส่ง ต่อภายใน 30 นาที 1.3) ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 3) ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้พัฒนาขึ้นโดยจากแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกตผล (observation) และการสะท้อนผล (reflection) อย่างเป็นวงจรต่อเนื่อง โดยมีมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย ในชุมชนในการร่วมกันพัฒนา ปรับปรุง และออกแบบรูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ควบคู่กับการประยุกต์ใช้แนวคิดระบบบริการด่วนพิเศษ (stroke fast track) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ทันเวลา และลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของผู้ป่วย โดยกำหนดตัวแปรต้นคือ การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการโดยใช้กระบวนการ PAOR และตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพการรักษา (การเข้าถึงระบบ stroke fast track การส่งต่อภายใน 30 นาที และระยะเวลา ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล) ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของประชาชน และ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเข้าถึงบริการ

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกทากาท (Kemmis & Mc Taggart, 1990) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นวางแผน (planning) 2) ขั้นปฏิบัติ (action) 3) ขั้นสังเกตการณ์ (observation) 4) ขั้นสะท้อนผล (reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ทีมสหวิชาชีพ

ประชากร ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย

กลุ่มตัวอย่าง ทีมสหวิชาชีพคือ ผู้ให้บริการสุขภาพจากโรงพยาบาลเชียงคาน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 4 คน รวมทั้งหมดจำนวน 9 คน โดยการสุ่มตัวอย่างจะสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ

เกณฑ์คัดเข้า

1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1) ต้องได้ย้ายที่ทำงานไปที่อำเภออื่น โดยไม่สามารถที่จะเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาในการวิจัย คือ จำนวน 6 เดือน

2) มีเหตุสุดวิสัยที่ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอนในการวิจัย

2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders)

ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตัวแทนผู้นำชุมชน อาสาสมัครกู้ชีพ ผู้ประกอบการที่พักชุมชนถนนคนเดินอำเภอเชียงคาน ในพื้นที่ชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ในการจัดบริการ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 20 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 คน ตัวแทนผู้นำชุมชนจำนวน 2 คน อาสาสมัครกู้ชีพ จำนวน 4 คน ผู้ประกอบการที่พักชุมชนถนนคนเดินอำเภอเชียงคาน จำนวน 20 คน รวมทั้งหมดจำนวน 56 คน โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1) เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดบริการเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ โรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย

2) อาศัยอยู่ในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย

3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1) เป็นบุคคลที่อายุน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์

2) มีเหตุสุดวิสัยที่ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอนในการวิจัย

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย จำนวน 10 คน โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีประวัติมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเชียงคาน มีภูมิลำเนาในพื้นที่ชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน ม.1 และ ม.2 ตำบลเชียงคาน อายุ 35-75 ปี

2) อ่านออกเขียนได้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1) มีเหตุสุดวิสัยที่ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอนในการวิจัย

2) มีปัญหาทางการได้ยิน และมีปัญหาด้านสภาพอารมณ์และจิตใจ อาทิ มีภาวะซึมเศร้า จิตเภท เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การศึกษาสภาพปัญหา รูปแบบและความต้องการในการพัฒนา รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามมีลักษณะเป็นปลายเปิด เช่น ท่านพบปัญหาในการเข้ารับ บริการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในสถานพยาบาลหรือไม่ อย่างไร

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การศึกษาความเหมาะสม และปัญหาของการใช้รูปแบบการเข้าถึง บริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย เป็นแบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง (semi-structure interviews) พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามมีลักษณะเป็น ปลายเปิด เช่น ท่านคิดว่ารูปแบบการเข้าถึงบริการ โรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลยที่พัฒนาขึ้น สามารถใช้และให้บริการเพื่อการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองมีประสิทธิภาพ หรือไม่ อย่างไร

3. แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งลักษณะคำถาม มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ ความพึงพอใจน้อยที่สุด ความพึงพอใจน้อย ความพึงพอใจปานกลาง ความพึงพอใจมาก ความพึงพอใจมากที่สุด (ฤทธิ์ไกร ไชยงาม, 2562)

ผู้วิจัยได้กำหนดระดับคะแนนและระดับค่าเฉลี่ยในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ระดับความพึงพอใจ	ระดับคะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

ช่วงค่าเฉลี่ยการให้ความพึงพอใจ เพื่อวิเคราะห์ผลแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ย
4.21 - 5.00	มากที่สุด
3.41 - 4.20	มาก
2.61 - 3.40	ปานกลาง
1.81 - 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

4. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และหมู่บ้านที่อาศัยอยู่ มีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คำถามเกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความรู้	คะแนน
ตอบถูก	1 คะแนน

ตอบผิด

0 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนที่ได้จากการวัดความรู้ มีดังต่อไปนี้

ค่าเฉลี่ย 11.00 – 15.00 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 6.00 – 10.00 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00 – 5.00 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้ในระดับน้อย

5. บันทึกคุณภาพการรักษา เป็นการบันทึกตามมาตรฐานตัวชี้วัดด้านการแพทย์ฉุกเฉินคือ
1) การเข้าถึง stroke fast track 2) การส่งต่อภายใน 30 นาที 3) ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึง
โรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสนทนากลุ่มที่ใช้ในการศึกษาสภาพปัญหา รูปแบบ และความต้องการในการพัฒนารูปแบบ
การเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนชนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย เป็นแบบ
สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interviews) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการตรวจสอบคุณภาพของ
เครื่องมือดำเนินการผ่านการทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญ (expert review) จำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน และเวชกิจฉุกเฉิน
จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อพิจารณาความเหมาะสม
ความครอบคลุม และความชัดเจนของประเด็นคำถาม จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขคำถามตามข้อเสนอแนะของ
ผู้เชี่ยวชาญ และนำเครื่องมือไปทดสอบนำร่อง (pilot test) กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในข้อคำถามและความเหมาะสมของการใช้
ภาษา ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

2. แบบสนทนากลุ่มที่ใช้ในการศึกษาความเหมาะสม ปัญหาของการใช้รูปแบบ และความต้องการ
ในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนชนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน
จังหวัดเลย เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interviews) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการ
ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดำเนินการผ่านการทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญ (expert review) จำนวน 3 คน
ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน
และเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 1 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุม และความชัดเจนของประเด็น
คำถาม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำเครื่องมือไปทดสอบนำร่อง
(pilot test) กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน
เพื่อประเมินความเข้าใจในข้อคำถามและความเหมาะสมของการใช้ภาษา ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูลจริง

3. แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนชน
คนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ
มาตราส่วนประมาณค่า (numerical rating scale) ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content
validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน และเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 1 คน ซึ่งได้ค่า 0.93
และหาค่าความเชื่อมั่นกับด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)
กลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกัน จำนวน 30 คน ได้ค่า 0.84

4. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ที่ผู้วิจัย
สร้างขึ้นโดยจะนำมาตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน และเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 1 คน ซึ่งได้ค่า 0.95 และแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้คำถาม ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไข และหาค่าความเชื่อมั่นกับด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกัน จำนวน 30 คน ได้ค่า 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาารูปแบบและความต้องการการพัฒนาารูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย จากการสนทนากลุ่มโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

2. วิเคราะห์ข้อมูลความเหมาะสม และปัญหาของการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย จากการสนทนากลุ่มโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

3. วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพการรักษา คือ การเข้าถึง stroke fast track และการส่งต่อภายใน 30 นาที โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และระบุจำนวนชั่วโมง และนาที ของระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล

4. วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. วิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย โดยใช้สถิติ paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตทำการศึกษาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 0054/2566 วันที่ 10 ตุลาคม 2566 ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน ถูกต้อง และให้อิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีการบังคับหรือทำให้เกิดความเกรงใจ และการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็น ความลับจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวม ไม่ระบุถึงตัวบุคคล โดยผู้วิจัยมีมาตรการในการรักษาความลับโดยในแบบสอบถามจะไม่มีคำถามชื่อ นามสกุล ที่อยู่ หรือข้อมูลต่าง ๆ ที่จะสามารถสื่อถึงตัวบุคคลได้ ผู้วิจัย จะระบุเพียงรหัสชุดของแบบสัมภาษณ์เท่านั้น

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย
รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย มีกิจกรรม ดังนี้ 1. ระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาล ได้แก่ ได้แก่ 1) การประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ประชาชนในชุมชนในการป้องกัน ฝ้าระวังและสังเกตอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง การนำผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การจัดให้มีพื้นที่

ออกกำลังกายที่หลากหลายสำหรับทุกกลุ่มวัย การสนับสนุนงบประมาณ การจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) มีการปฐมภูมิเทศบาลกรใหม่ปีละ 2 ครั้งก่อนการปฏิบัติงานจริง และมีคำสั่งมอบหมายงานบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการพัฒนาการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง 3) มีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ เวชกิจฉุกเฉิน โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาสมรรถภาพด้านบริการโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งบุคลากรทุกคนที่ต้องรับและนำส่งต่อผู้ป่วย 4) มีการพัฒนาสมรรถนะพนักงานขับรถพยาบาลส่งต่อโดยส่งเข้ารับการอบรมหลักสูตรพนักงานขับรถพยาบาลรับและส่งต่อครบทุกคน 5) มีระบบการติดต่อรถพยาบาลโรงพยาบาลโดยโทร 1669 และการกำหนดแนวทางการรับส่งต่อที่ชัดเจนอย่างเป็นระบบ และ 6) แนวทางการรับส่งต่อที่ชัดเจนอย่างเป็นระบบ 2. ระยะการพยาบาล ได้แก่ 1) มีแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินอาการ การวินิจฉัย และการรักษา มีการทบทวนแนวทางทุก ๆ 1 ปี 2) มีระบบให้คำปรึกษา และการส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัด และส่งประวัติลง Line stroke fast tract และ 3. ระยะติดตาม ได้แก่ 1) มีระบบติดตามผู้ป่วยจากโรงพยาบาลที่ส่งต่อ 2) มีการแจ้งติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ และการส่งต่อข้อมูลเมื่อทำการรักษาเสร็จสิ้นเพื่อส่งมาชุมชน โดยระบบ COC และ 3) มีการให้ความรู้แก่ญาติเพื่อสังเกตอาการผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติแจ้ง อสม. ที่อยู่ใกล้ที่สุดเพื่อส่งต่อของการดูแลและเข้าเยี่ยมแก้ปัญหาไปแจ้งให้ทีมหมอครอบครัวทราบอย่างต่อเนื่อง ดังภาพ 2

ภาพ 2

รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน



ความเหมาะสมของรูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย มีประเด็นการวิเคราะห์ ดังนี้ 1. ประสิทธิภาพของรูปแบบ ผลการวิเคราะห์คือรูปแบบสามารถใช้ได้ดีในทางปฏิบัติช่วยให้ชุมชนและนักท่องเที่ยวเข้าถึงบริการได้ดีขึ้นสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีข้อเสนอแนะดังนี้ ควรมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และควรมีการปรับปรุงตามสถานการณ์ 2. การมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิเคราะห์คือ ชุมชนให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน และมีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง มีข้อเสนอแนะดังนี้ ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ และควรจัดกิจกรรมกระตุ้นการมีส่วนร่วม และ 3. ระบบการสื่อสาร ผลการวิเคราะห์คือ มีการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร และมีการ

ประสานงานผ่านไลน์กลุ่ม มีข้อเสนอแนะดังนี้ ควรพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยี และควรมีระบบสำรองกรณีเทคโนโลยีขัดข้อง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

แสดงการวิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนถนนคนเดิน เชียงคาน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดเลย

ประเด็นการวิเคราะห์	ผลการวิเคราะห์	ข้อเสนอแนะ
1. ประสิทธิภาพของรูปแบบ	- รูปแบบสามารถใช้ได้ดีในทางปฏิบัติช่วยให้ชุมชนและนักท่องเที่ยวเข้าถึงบริการได้ดีขึ้นสอดคล้องกับบริบทพื้นที่	- ควรมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง - ควรมีการปรับปรุงตามสถานการณ์
2. การมีส่วนร่วมของชุมชน	- ชุมชนให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน - มีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง	- ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ - ควรจัดกิจกรรมกระตุ้นการมีส่วนร่วม
3. ระบบการสื่อสาร	- มีการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร - มีการประสานงานผ่านไลน์กลุ่ม	- ควรพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยี - ควรมีระบบสำรองกรณีเทคโนโลยีขัดข้อง

ปัญหาและอุปสรรคของการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดิน เชียงคาน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดเลย มีประเด็นปัญหา ดังนี้ 1. ด้านบุคลากร สาเหตุคือ อัตราากำลังไม่เพียงพอ และขาดทักษะการใช้เทคโนโลยี มีแนวทางแก้ไขดังนี้ เพิ่มอัตรากำลังแพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครกู้ชีพ และจัดอบรมการใช้เทคโนโลยี 2. ด้านระบบบริการ สาเหตุคือ ยังไม่มีเครื่อง CT Scan และการส่งต่อใช้เวลานาน มีแนวทางแก้ไขดังนี้ พัฒนา node การให้ยาละลายลิ่มเลือด และปรับปรุงระบบส่งต่อ และ 3. ด้านชุมชน สาเหตุคือ การจราจรติดขัด และพื้นที่จอดรถจำกัด มีแนวทางแก้ไขดังนี้ จัดระบบการจราจรในชุมชน และจัดหาพื้นที่จอดรถสำรอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

แสดงการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชน ถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดเลย

ประเด็นปัญหา	สาเหตุ	แนวทางแก้ไข
1. ด้านบุคลากร	- อัตรากำลังไม่เพียงพอ - ขาดทักษะการใช้เทคโนโลยี	- เพิ่มอัตรากำลังแพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครกู้ชีพ - จัดอบรมการใช้เทคโนโลยี
2. ด้านระบบบริการ	- ยังไม่มีเครื่อง CT Scan - การส่งต่อใช้เวลานาน	- พัฒนา node การให้ยาละลายลิ่มเลือด - ปรับปรุงระบบส่งต่อ พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่เพื่อให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย stroke
3. ด้านชุมชน	- การจราจรติดขัด - พื้นที่จอดรถจำกัด	- จัดระบบการจราจรในชุมชน - จัดหาพื้นที่จอดรถสำรอง

ก่อนการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดเลย มีการเข้าถึง stroke fast track จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 24.44 และหลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดเลย มีการเข้าถึง stroke fast track จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 45.65 และก่อนการใช้รูปแบบการเข้าถึง

บริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย มีการส่งต่อภายใน 30 นาที จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 และหลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย มีการส่งต่อภายใน 30 นาที จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

แสดงร้อยละคุณภาพการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการเข้าถึง stroke fast track การส่งต่อภายใน 30 นาที (door to refer) โรงพยาบาลเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย

คุณภาพการรักษา	ก่อนใช้รูปแบบ (45 คน)		หลังใช้รูปแบบ (46 คน)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การเข้าถึง Stroke Fast Track	11	24.44	21	45.65
2. การส่งต่อภายใน 30 นาที (door to refer)	42	93.33	46	100

หลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย มีระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 40 นาที ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

การเปรียบเทียบคุณภาพการรักษา ด้าน ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล ก่อนและหลังในการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย

ระยะการใช้รูปแบบ	ระยะเวลารอคอย
ก่อนการใช้รูปแบบ	4 ชั่วโมง 25 นาที
หลังการใช้รูปแบบ	2 ชั่วโมง 40 นาที

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อนการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.92 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.32) และหลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.75 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.27)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย (n=75)

คะแนน	Mean	SD	Median	Min-Max	t	p-value
ก่อน	7.92	1.32	5.45	0-13	2.93	<0.001
หลัง	12.75	3.27	11.43	6-15		

ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย มีคะแนนเฉลี่ย 8.45 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.68) ระดับความพึงพอใจมาก ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6

แสดงความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย (n=75)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย	8.45	1.68	มาก

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการเข้าถึงบริการการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการเฝ้าระวังอาการ การแจ้งเหตุฉุกเฉิน การประสานการส่งต่อ และการเข้าสู่ระบบ stroke fast track อย่างเป็นระบบ การใช้รูปแบบในการดำเนินงานการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้กล่าวถึงการใช้รูปแบบในการดำเนินงานการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นคือ มีการอบรมความรู้แก่ประชาชนและผู้ประกอบการซึ่งทำให้มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบในการดำเนินงานการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง มีคู่มือและแนวทางที่ชัดเจนสามารถปฏิบัติได้จริง และมีระบบการสื่อสารและประสานงานที่รวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกชพรรณ ศรีท้วม และนิภาวรรณ เนินเพิ่มพิสุทธิ์ (2561) และเบญจมาศ มาสิงบุญ (2566) ที่แสดงถึงการเสริมสร้างความรู้ การกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และการพัฒนาระบบการสื่อสารที่รวดเร็ว มีส่วนสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการ อย่างไรก็ตามจุดเด่นของการศึกษานี้คือการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในบริบทพื้นที่ท่องเที่ยวที่มีความแออัดและมีประชากรแฝงจำนวนมาก ซึ่งมีความซับซ้อนมากกว่าชุมชนทั่วไป ทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความยืดหยุ่นและสามารถตอบสนองต่อบริบทเฉพาะพื้นที่ได้

2. ผลของรูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนถนนคนเดินเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย พบว่าภายหลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง stroke fast track ร้อยละ 45.65 มีการส่งต่อภายใน 30 นาที ร้อยละ 100 มีระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 40

นาที่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการดำเนินการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.05) และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก ผลการวิจัยสะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนท่องเที่ยวที่มีข้อจำกัดด้านบริบทพื้นที่ ในด้านของความรู้และคุณภาพการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของกชพรรณ ศรีท้วม และนิภาวรรณ เนินเพิ่มพิสุทธิ์ (2561) ศึกษา รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัด พิษณุโลก พบว่า ผลการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะ หลังการทดลองสูงกว่าก่อน การทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การศึกษาของเบญจมาศ มาสิงบุญ (2566) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโนนสูง จังหวัดนครพนม พบว่า ผลการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค/การรับรู้อาการ/ช่องทาง แจ้งเหตุฉุกเฉินและเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินรวดเร็วและทันเวลามากขึ้น ตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับระบบ stroke fast track ด้านการเข้ารับการรักษาไม่เกิน 3 ชั่วโมง ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 และด้านการเข้าถึง บริการด้วยระบบ 1669 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.20 เป็นร้อยละ 31.59 การศึกษาของเสกสรรค์ จวงจันทร์ และ คณะ (2562) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโนนสูง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า onset to door time $\leq$ 2 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 83.33 เป็นร้อยละ 91.66 door to door time refer 30 นาที เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 22.22 เป็นร้อยละ 37.5 ในด้านความพึงพอใจสอดคล้องกับการศึกษา ของสุวรรณิ แสนสุข และคณะ (2565) ศึกษาการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรค หลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร พบว่า ความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพใน การให้บริการ อยู่ในระดับมากทั้งโดยรวมและรายด้าน และความพึงพอใจของญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย หลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ทั้งโดยรวมและรายด้าน

สรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมอง สามารถลดความล่าช้าการเข้าถึง บริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองลงได้ และสามารถนำผล การศึกษาวิจัยไปเป็นข้อมูลสำหรับโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไข ปัญหาการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่มีการแออัด และการจราจรติดขัด อันจะนำมาซึ่งคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ ดังนั้นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการทั้งในด้านนโยบาย ศักยภาพการบริการดูแลผู้ป่วย ระบบสนับสนุน ทั้งด้าน การรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ จึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขควรนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีความแออัดหรือมีประชากรแฝง เช่น แหล่งท่องเที่ยวหรือชุมชนเมือง โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่
2. ควรบูรณาการรูปแบบเข้ากับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) และเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของระบบบริการตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบในระยะยาว เช่น อัตราการเสียชีวิต ความพิการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อยืนยันผลลัพธ์เชิงสุขภาพที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น
2. ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่ท่องเที่ยวหรือชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อเปรียบเทียบผลและพัฒนารูปแบบให้มีความครอบคลุมและสามารถประยุกต์ใช้ในระดับกว้าง

เอกสารอ้างอิง

- กขพรรณ ศรีท้วม, และนิภาวรรณ เนินเพิ่มพิสุทธิ. (2561). รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก*, 5(3), 43-56.
- กรมควบคุมโรค. (2565). *กรมควบคุมโรค รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน*.
<https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29284&deptcode=>
- เบญจมาศ มาสิงบุญ. (2566). การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(1), 411-422.
- ฤทธิไกร ไชยงาม. (2562). *มาตรวัดเจตคติแบบลิเคิร์ต (Likert rating scales)*.
<https://www.gotoknow.org/posts/659229>
- สุวรรณี แสนสุข, จินตนา พลมีศักดิ์, นริศรา อารีรักษ์, และณอม นามวงศ์. (2565). การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(4), 195-204.
- เสกสรรค์ จวงจันทร์, กมลรัตน์ จูมสีมา, และวีระชาติ วรธรรม. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอนาคู จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*, 17(2), 5-18.
- GBD 2019 Stroke Collaborators. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet. Neurology*, 20(10), 795–820.
[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0)
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1990). Action research: A practical guide for transforming schools and classrooms. In S. Kemmis & R. McTaggart (Eds.), *The action research reader* (4th ed., pp. 1–20). Deakin University Press.
- World Stroke Organization. (2019). *World Stroke Organization Annual Report 2019*.
https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_2019_Annual_Report_online.pdf

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาป่าแข อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอำนาจเจริญ

ณัฐนิชา พรทิพย์, ส.บ.*

สาวิตรี ศรีโสม, ส.บ., ** วิลาลินีพร โคตวัตร, ส.บ.**

ศิริพร ศิริกัญญาภรณ์, ป.ร.ด., *** ประเสริฐ ประสมรักษ์, ป.ร.ด.***

นวลอนงค์ ปะตะสังค์, พย.บ.****

Received: May 17, 2025

Revised: April 17, 2026

Accepted: April 20, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงต่อความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การรับรู้สัญญาณเตือนโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพ ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง และค่าอัตราการกรองของไต วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสภาพปัญหา การพัฒนารูปแบบ การประเมินผล และการสรุปผลส่งต่อนวัตกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 34 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การรับรู้สัญญาณเตือนโรคไตเรื้อรัง และพฤติกรรมสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78, 0.85 และ 0.92 ตามลำดับ ร่วมกับแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินการวิจัยด้วยสถิติ paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตที่พัฒนาขึ้นภายใต้โมเดล “เติม เสริม เพิ่ม” ประกอบด้วย 1) การเติมความรู้ผ่านคู่มือการป้องกันโรคไตเรื้อรังและสื่อโปสเตอร์ครบสูตรดูแลไต 2) การเสริมทักษะการดูแลตัวเองด้วยกิจกรรมออกกำลังกายด้วยยางยืด และ 3) การเพิ่มความยั่งยืนด้วยการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนด้านสุขภาพไต ภายหลังการดำเนินงานพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การรับรู้สัญญาณเตือนโรคไตเรื้อรัง และพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังลดลง และค่าอัตราการกรองของไตมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ข้อเสนอแนะ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมความรู้ การรับรู้สัญญาณเตือน และพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังในระยะยาว

คำสำคัญ : รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไต โรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพ ค่าอัตราการกรองไต

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ: ผู้ให้การติดต่อหลัก: toeyporn24@gmail.com

** นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

*** อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาป่าแข

The Development of a Kidney Health Promotion Model for Patients with Diabetes and Hypertension in the Service Area of Ban Napa Saeng Subdistrict Health Promoting Hospital, Pathum Ratchawongsa District, Amnat Charoen Province.

Natnicha Pornthip, B.P.H.*

Sawitri Srichom, B.P.H.** , Wilasiniporn Coottawat, B.P.H.**

Siriporn Siriganyaporn, Ph.D.*** , Prasert Prasomruk, Ph.D.,***

Nualanong Patasung, B.N.S.****

Abstract

This participatory action research aims to develop and study the effects of a kidney health promotion model on knowledge about chronic kidney disease, awareness of chronic kidney disease warning signs, health behaviors, risk levels for chronic kidney disease, and kidney filtration rates in patients with diabetes and hypertension. The research process is divided into four phases: problem study, model development, evaluation, and innovation transfer. The sample consisted of 34 patients with diabetes and hypertension, selected through purposive sampling. Research instruments included a chronic kidney disease knowledge questionnaire, a chronic kidney disease warning sign awareness questionnaire, and a health behavior questionnaire, with reliability coefficients of 0.78, 0.85, and 0.92, respectively, along with clinical data recording forms. Data were analyzed using descriptive statistics and paired sample t-tests to compare mean differences before and after the research, with a significance level set at 0.05.

The study found that the developed kidney health promotion model under the "Fill, Enhance, Increase" framework consists of 1) filling knowledge through a chronic kidney disease prevention manual and a comprehensive kidney care poster, 2) enhancing self-care skills through resistance band exercise activities, and 3) increasing sustainability by developing public health volunteers specialized in kidney health. After the implementation, it was found that the sample group had significantly higher knowledge about chronic kidney disease, awareness of warning signs of chronic kidney disease, and health behaviors ($p < .001$). Additionally, the risk level for chronic kidney disease decreased, and the estimated glomerular filtration rate improved significantly ($p < .001$). Recommendation the developed model can promote knowledge, awareness of warning signs, and health behaviors in patients with diabetes and hypertension, which will help reduce the long-term risk of chronic kidney disease.

Keywords: Kidney health promotion, Chronic kidney disease, Health behaviors, Estimated glomerular filtration rate

* Bachelor Of Public Health Student, Mahidol University Amnat Charoen Campus; Corresponding Author E-mail: toeyporn24@gmail.com

** Bachelor Of Public Health Student, Mahidol University Amnat Charoen Campus

*** Lecturer Of Public Health programs, Mahidol University Amnat Charoen Campus

**** Advanced Practice Registered Nurse, Ban Na Pa Saeng Subdistrict Health Promoting Hospital

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่โรคแทรกซ้อน การเจ็บป่วยเรื้อรัง และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต (พิสมัย ใจถาวร, 2562) โดยข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริการะบุว่า โรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อประชากรกว่า 800 ล้านคนทั่วโลก หรือมากกว่าร้อยละ 10 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่า 1.4 ล้านคนต่อปี (Kovesdy, 2022) ในประเทศไทย แนวโน้มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยในปี 2565 ร้อยละ 3.83 ปี 2566 ร้อยละ 4.40 และปี 2567 ร้อยละ 4.48 ขณะที่ในจังหวัดอำนาจเจริญพบอัตราผู้ป่วยร้อยละ 3.72, 6.77 และ 6.67 ตามลำดับ ส่วนในเขตอำเภอปทุมราชวงศา พบผู้ป่วยรายใหม่ร้อยละ 3.00, 4.87 และ 4.63 ในช่วงปีเดียวกัน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ, 2567, 2568) ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวแสดงถึงสถานการณ์ที่ควรได้รับการจัดการอย่างเร่งด่วน

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไตเรื้อรัง โดยภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องส่งผลให้หลอดเลือดฝอยภายในไตเกิดความเสียหาย ทำให้ประสิทธิภาพการกรองของเสีย และการควบคุมสมดุลของน้ำและเกลือแร่ลดลง ขณะเดียวกันการเสื่อมของการทำงานของไตจะกระตุ้นกลไกที่นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต เกิดเป็นวงจรที่เร่งการดำเนินของโรคไตเรื้อรังสำหรับโรคเบาหวาน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง และการทำงานของหน่วยกรองไต ส่งผลให้ความดันภายในไตเพิ่มสูงขึ้น และเกิดภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของการเสื่อมของไต และนำไปสู่การลดลงของอัตราการกรองของไตในระยะยาว (มาโนช เตชะโชควิวัฒน์, 2568) นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารหวาน มัน และเค็ม การขาดการออกกำลังกาย การช้ยาไม่ถูกต้อง การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้การทำงานของไตเสื่อมลงเร็วขึ้น (ลักขณา ชอบเสียง, 2562; พรหมประภา คงแก้ว และพัชรมน สุพรรณกุล, 2562)

การชะลอความเสื่อมของไตสามารถดำเนินการได้โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Kanfer และ Gaelick-Buys ซึ่งเป็นแนวคิดที่มุ่งส่งเสริมให้บุคคลมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผ่านกระบวนการกำกับติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง กระบวนการดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ตระหนักถึงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตอย่างมีประสิทธิภาพ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) โดยผลลัพธ์จากการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองในงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าสามารถเพิ่มระดับความรู้ การรับรู้ ความเสี่ยง และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งนำไปสู่การชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตและการเสื่อมของการทำงานของไตในระยะยาว (วันวิสาข์ สนใจ, 2564)

จากการประชุมในชุมชนบ้านยางเครือพัฒนา หมู่ 7 พบว่า โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญอันดับหนึ่ง โดยกลุ่มเสี่ยงคือ ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง รวม 34 คน ซึ่งจากการสำรวจพบว่ายังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การรับรู้สัญญาณเตือน และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกาย การช้ยาไม่ถูกต้อง รวมถึงการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างขององค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพไตในระดับปฐมภูมิ การวิจัย

เชิงปฏิบัติการ (action research) จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสม เนื่องจากเป็นกระบวนการวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และชุมชน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ปฏิบัติ และสะท้อนผลการดำเนินงาน อันนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่อย่างแท้จริง (จันทร์เพ็ญ ประโยชน์ และคณะ, 2563) ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาป่าแขง อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ รับรู้สัญญาณเตือนโรคไต มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยผลการศึกษาอาจใช้เป็นแนวทางสำหรับวางแผนดูแลกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยพัฒนาระบบสาธารณสุขในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาป่าแขง
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ต่อความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง สัญญาณเตือนโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง และค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาป่าแขง

กรอบแนวคิดการวิจัย

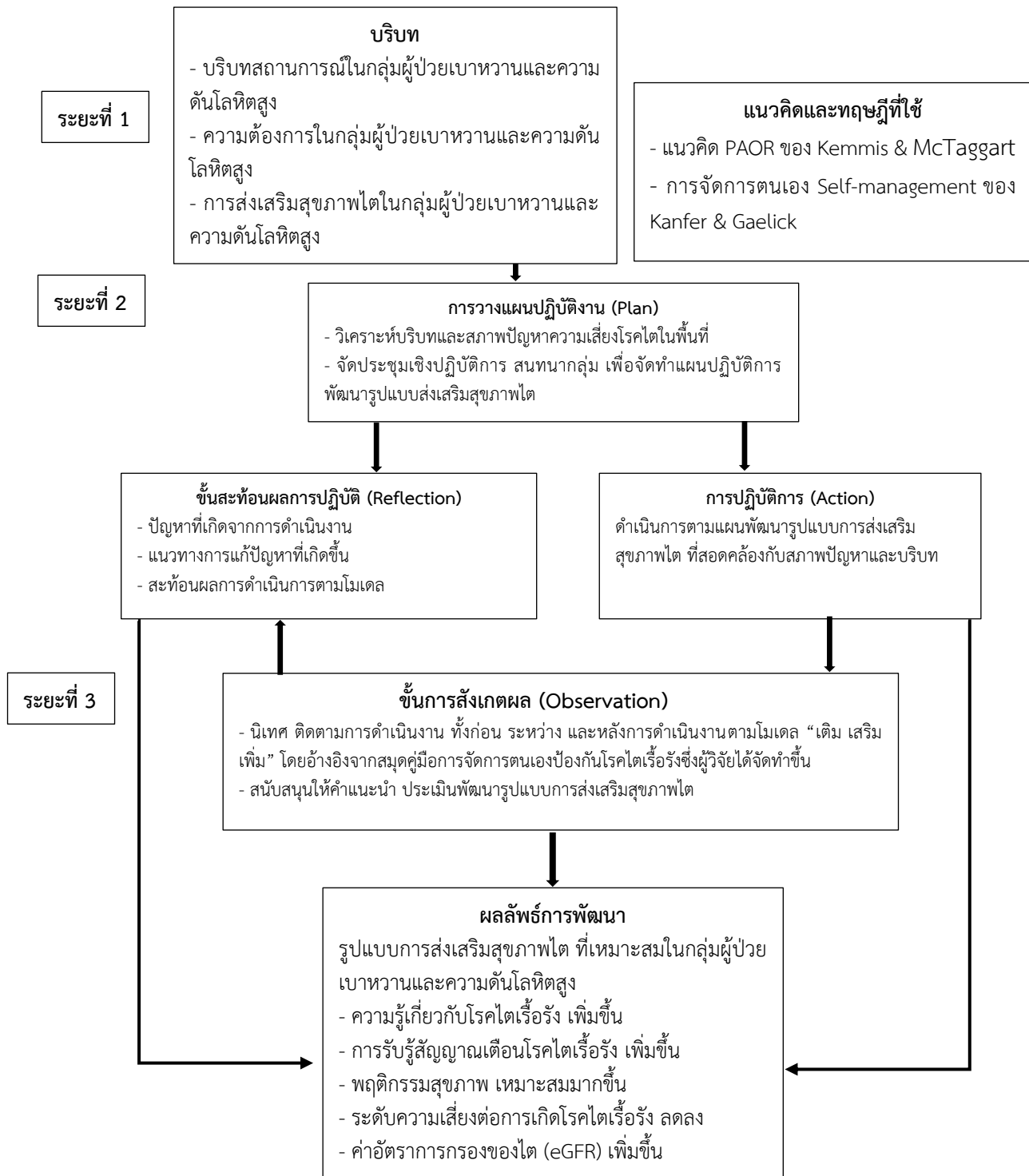
การวิจัยนี้บูรณาการแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Kanfer และ Gaelick-Buys (1991) ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง

แนวคิดการจัดการตนเองมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผ่านกระบวนการกำกับติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ซึ่งช่วยให้เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการถูกนำมาใช้เป็นกลไกในการพัฒนารูปแบบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และชุมชน ผ่านวงจรการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (act) การสังเกตผล (observe) และการสะท้อนผล (reflect) ซึ่งดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นวงรอบ เพื่อให้ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่จริง

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตที่พัฒนาขึ้นคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น มีการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ผลลัพธ์ปลายทางของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนผ่านค่าอัตราการกรองของไต (estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือคงที่ อันแสดงถึงการชะลอความเสื่อมของไตในระยะยาว

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติ
ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยเบาหวาน และความโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
นาป่าแซง อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 224 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาศัยอยู่ใน
เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาป่าแซง จำนวน 34 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่
กำหนด ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่
ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารตั้งแต่ 126 mg/dL ขึ้นไป และ/หรือผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 mmHg ขึ้นไป 2) มีประวัติการได้รับการรักษาโรค
ดังกล่าวจากแพทย์มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

เกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษในช่วงเก็บข้อมูล 2) ผู้ที่มีภาวะวิกฤต
ของโรคทำให้ไม่สามารถร่วมทำกิจกรรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. เครื่องมือในการศึกษาสภาพปัญหาชุมชน แนวคำถามในการสนทนากลุ่มมีวัตถุประสงค์เพื่อ
รวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสภาพปัญหาโรคไตเรื้อรังในชุมชน การบริหารจัดการสุขภาพ และความต้องการ
บริการด้านสุขภาพ โดยครอบคลุม 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) สภาพปัญหาโรคไตในชุมชน เช่น ปัจจัยเสี่ยงและ
พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) การบริหารจัดการสุขภาพของชุมชน รวมถึงอุปสรรคและศักยภาพที่มีอยู่ และ
3) ความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มเติม แนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และบทบาทของภาคีในชุมชน
ในการสนับสนุนดูแลสุขภาพไต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว อาชีพ
สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาของการเป็นโรค

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม
ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบโดยมี
ตัวเลือก 2 ตัว คือ "ใช่" ให้ 1 คะแนน และ "ไม่ใช่" ให้ 0 คะแนน ซึ่งครอบคลุมทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ
สำหรับเกณฑ์การประเมินผลการตอบแบบสอบถาม หากได้คะแนนรวม 0-6 แปลผลว่า มีความรู้เกี่ยวกับ
โรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำ และหากได้คะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป แปลผลว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง
อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สัญญาณเตือนโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน
วรรณกรรมและเอกสาร เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งคำถาม
ด้านบวกและคำถามด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 0 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
2 เฉย ๆ 3 ค่อนข้างเห็นด้วย 4 เห็นด้วยอย่างยิ่ง และเกณฑ์ประเมินระดับการรับรู้สัญญาณเตือนโรคไตเรื้อรัง

3 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 อยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม และดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ ธนพร วรรณกุล และคณะ (2555) โดยประกอบด้วยคำถามจำนวน 29 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยประกอบด้วยคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ สำหรับคำถามด้านบวกจะมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้ คะแนน 4 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติตามกิจกรรมในข้อนั้น 7 วันใน 1 สัปดาห์ คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 วัน คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วัน คะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วัน และคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์ สำหรับเกณฑ์การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองจะใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 ระดับปานกลาง หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 และระดับสูง หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเสี่ยงโรคไต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเสี่ยงโรคไตในระยะ 10 ปี ช้างหน้า (Thai CKD risk score) ซึ่งพัฒนาโดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2560) (Thai CKD risk score: แบบประเมินความเสี่ยงโรคไตในระยะ 10 ปีข้างหน้า) แบบประเมินนี้มีความแม่นยำในระดับสูงค่า AUC ระหว่าง 72-80% และได้รับการยืนยันว่าเหมาะสมกับประชากรไทยและประชากรในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยใช้ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในการคำนวณระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในอนาคต

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 โมเดล “เติม เสริม เพิ่ม” ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ร่วมกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผ่านกลไกการขับเคลื่อนตามโมเดล “เติม เสริม เพิ่ม” ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมและสื่อสนับสนุนดังนี้

3.1.1 การเติมความรู้ เป็นการปูพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังผ่านคู่มือการจัดการตนเองป้องกันโรคไตเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือหลักในการสื่อสารข้อมูล เนื้อหาภายในเน้นแนวทางการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความเสื่อมของไต โดยถ่ายทอดผ่านภาษาที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และใช้สื่อรูปแบบที่หลากหลายประกอบกัน เพื่อสร้างความตระหนัก และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม

3.1.2 การเสริมทักษะ ผู้วิจัยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเชิงปฏิบัติภายใต้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก โดยใช้สื่อโปสเตอร์ครบสูตรดูแลไตเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม กิจกรรมในส่วนนี้ประกอบด้วย การสาธิตและฝึกปฏิบัติการปรุงประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคไต การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายผ่านการออกกำลังกายแบบแรงต้านด้วยยางยืด เพื่อพัฒนาสมรรถภาพทางกาย และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3.1.3 การเพิ่มความยั่งยืน สร้างระบบสนับสนุนในชุมชนให้มีความเข้มแข็งผ่านการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้รูปแบบบั้งไฟชูใจชุมชน โดยผู้วิจัยได้ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาป่าแซง จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมให้อาสาสมัครสามารถปฏิบัติงานเชิงรุกในการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการวางแผนการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งบูรณาการแผนงานพัฒนาสุขภาพไตเข้าสู่แผนการดำเนินงานประจำปี

งบประมาณ 2568 เพื่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมและสร้างความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพไตของชนในชุมชนอย่างยั่งยืน

3.2 เครื่องวัดน้ำตาลในเลือด

3.3 เครื่องวัดความดันอัตโนมัติชนิดพกพา

3.4 ผลตรวจทางคลินิกค่าอัตราการกรองไต (eGFR)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ที่มีความเชี่ยวชาญ 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา ผลการประเมินพบว่า แบบสอบถามมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 0.96 จากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การรับรู้สัญญาณเตือนโรคไตเรื้อรัง และพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.79, 0.85 และ 0.92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์จังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่การวิจัย 31/2568 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย สิทธิในการถอนตัว ข้อมูลของผู้เข้าร่วมจะปกปิดเป็นความลับ ไม่นำมาเปิดเผยแพร่ และนำเสนอในภาพรวมของการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (planning) ศึกษาปัญหาโรคไตเรื้อรังโดยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลจากกลุ่มเสี่ยงด้วยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์ผู้ป่วยเชิงลึก และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไต

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (action) ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองกับกลุ่มเป้าหมาย ประเมินพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้สัญญาณเตือนก่อนและหลังได้รับรูปแบบการส่งเสริม

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตผล (observation) ติดตาม สังเกตการณ์ และบันทึกผลการดำเนินงานในทุกขั้นตอน รวมถึงประเมินผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไต

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflection) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ เปรียบเทียบผลก่อน-หลัง และจัดทำรายงานสรุป พร้อมส่งคืนข้อมูลให้พื้นที่เพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพไตอย่างยั่งยืน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายถึงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้อาการเตือนโรคไตเรื้อรัง โดยหากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ผู้วิจัยจะทำการอธิบายผลด้วยความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) แต่หากในกรณีแจกแจงแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยจะทำการอธิบายผลของข้อมูลด้วยค่ามัธยฐาน (median) และค่าต่ำสุด-สูงสุด (min-max)

2. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เพื่อประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตที่พัฒนาขึ้น จากการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ paired sample t-test ในการวิเคราะห์

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไต ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

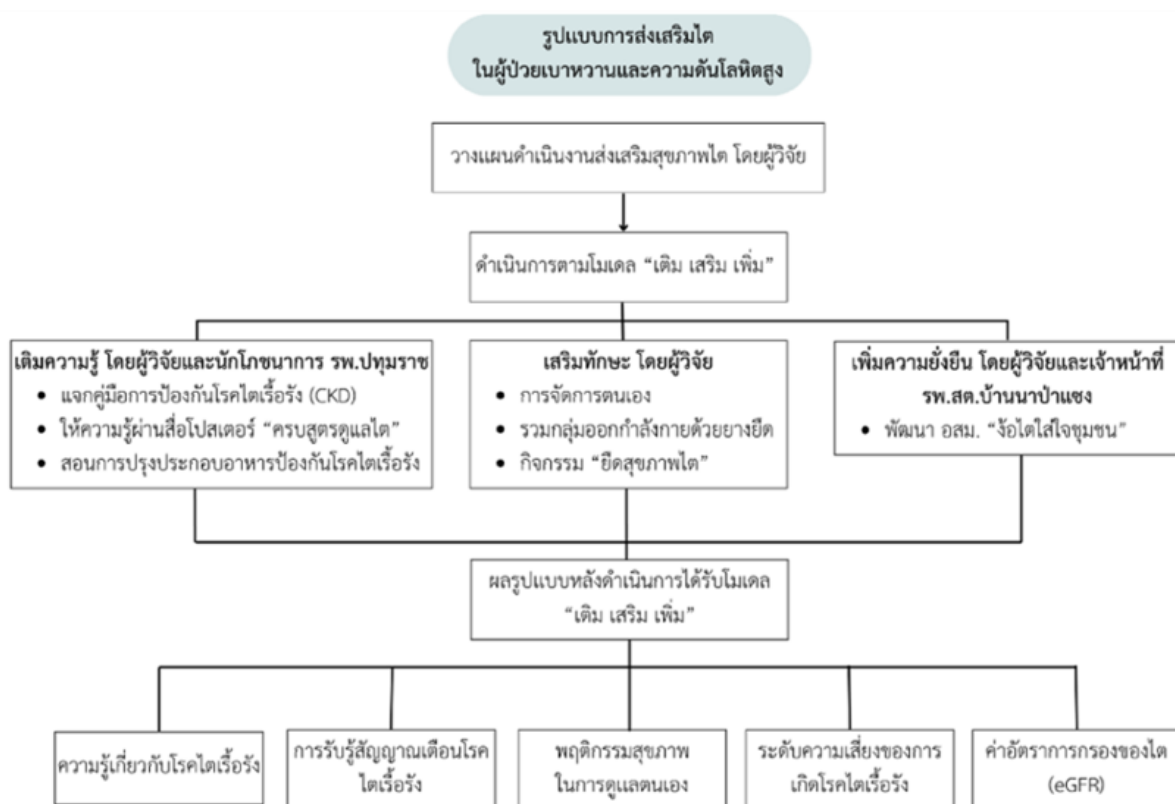
1.1 สถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วย

จากการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ปัญหาความต้องการพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงขาดความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และการรับรู้สัญญาณเตือนโรคไตเรื้อรัง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องภายใต้บริบทของชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาป่าแขงไม่มีการจัดโครงการเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

1.2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไต ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ภาพที่ 2

แสดงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไต



2. ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไต ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนบ้านยางเครือพัฒนา หมู่ 7 จำนวน 34 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.5 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี โดยมีค่าเฉลี่ย 61.88 ($SD = 0.96$) โรคประจำตัวส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 55.9 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.6 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 72.5 ซึ่งส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 85.3 และมีระยะเวลาของการเป็นโรคระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 41.2

2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับรูปแบบเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังพบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังหลังการทดลองสูงกว่าคะแนนค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	คะแนน		ความต่างค่าเฉลี่ย	95 % Mean Difference		t	p-value
	M	SD		Lower	Upper		
ก่อนทดลอง	6.26	1.94	2.98	2.27	3.66	8.69	<.001
หลังทดลอง	9.24	0.95					

2.3. การรับรู้สัญญาณเตือนโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สัญญาณเตือนโรคไตเรื้อรังพบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สัญญาณเตือนโรคไตเรื้อรังหลังการทดลองสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สัญญาณเตือนโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การรับรู้สัญญาณเตือนโรคไตเรื้อรัง	คะแนน		ความต่างค่าเฉลี่ย	95 % Mean Difference		t	p-value
	M	SD		Lower	Upper		
ก่อนทดลอง	1.44	0.56	1.56	1.36	1.75	16.20	<.001
หลังทดลอง	3.00	0.66					

2.4 พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับรูปแบบ

เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมสุขภาพ	คะแนน		ความต่างค่าเฉลี่ย	95 % Mean Difference		t	p-value
	M	SD		Lower	Upper		
ก่อนทดลอง	2.29	0.49	1.45	1.29	1.56	21.13	<.001
หลังทดลอง	3.72	0.18					

2.5 ระดับความเสี่ยงการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงการเกิดโรคไตเรื้อรังพบว่า ระดับความเสี่ยงการเกิดโรคไต หลังเข้าร่วมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ความเสี่ยงการเกิดโรคไตเรื้อรัง	ระดับ		ความต่างค่าเฉลี่ย	95 % Mean Difference		t	p-value
	M	SD		Lower	Upper		
ก่อนทดลอง	2.53	1.37	0.12	-.23	-.00	2.09	<.001
หลังทดลอง	2.41	1.32					

2.6 เปรียบเทียบค่าอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ

ผลการเปรียบเทียบค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตหลังเข้าร่วมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

เปรียบเทียบค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR)	ระดับ		ความต่างค่าเฉลี่ย	95 % Mean Difference		t	p-value
	M	S.D.		Lower	Upper		
ก่อนทดลอง	84.18	23.07	0.86	1.35	3.06	0.78	<.001
หลังทดลอง	85.04	22.44					

อภิปรายผล

1. รูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพไตในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

1.1 สถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วย

จากผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาป่าแข้งยังไม่มีโครงการหรือแผนงานที่มุ่งเน้นการป้องกันโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะ อีกทั้งขาดนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ไม่มีบุคลากรรับผิดชอบโดยตรงในการวางแผน หรือดำเนินมาตรการอย่างเป็นระบบ แม้ว่าจะมีกิจกรรมคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และการอบรม อสม. แต่ยังไม่ครอบคลุมแนวทางการป้องกันโรคไตอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้และการรับรู้สัญญาณเตือนโรคไตในระดับต่ำ ขาดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังและการเสื่อมของไตอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของอรรพรรณ อยู่สุวรรณ และคณะ (2566) ที่พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุพรรณบุรียังขาดแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง เช่นเดียวกับการศึกษาของมัตริกา แพงบุตดี และวิลาวัลย์ ชมนิรัตน์ (2564) ซึ่งชี้ว่าตำบลหนองแดง จังหวัด

ขอนแก่น ยังไม่มีการจัดทำแผนหรือโครงการเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคไต และยังประสบปัญหาเชิงระบบในการให้บริการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเช่นกัน

1.2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไต ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้โมเดล “เติม เสริม เพิ่ม” ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การรับรู้สัญญาณเตือนโรค พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ระดับความเสี่ยงโรคลดลง และมีค่าอัตราการกรองของไตดีขึ้น สะท้อนถึงความเป็นระบบของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และการดำเนินงานที่อาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานของ จันทรเพ็ญ ประโยชน์ และคณะ (2563) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแล ครอบครัว และ อสม. มีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไต ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและชะลอการเสื่อมของไตได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของมณฑริก แพงบุตดี และวิลาวัลย์ ชมนิรัตน์ (2564) ที่พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยอบรมผู้ดูแลและผู้นำชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและค่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น เป้าหมายสำคัญของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตคือการดูแลแบบองค์รวม ตั้งแต่ระดับปกติจนถึงผู้ป่วย โดยเน้นการคัดกรอง วินิจฉัย และดูแลต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน พร้อมทั้งส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

2. ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ “เติม เสริม เพิ่ม” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 97.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 9.24 ($SD = 0.95$) จากคะแนนเต็ม 10 เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนและหลังการทดลองพบว่า ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบดังกล่าวสามารถส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากกิจกรรมในองค์ประกอบ “เติม” เน้นการให้ความรู้ผ่านคู่มือและสื่อโปสเตอร์ที่ออกแบบให้เหมาะสมกับระดับการเรียนรู้ของผู้ป่วย ส่งเสริมการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง จึงช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยของสมคิด สุภาพันธุ์ (2562) ที่พบว่า การให้ความรู้ผ่านสมุดคู่มือ และแผ่นพับในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง สามารถเพิ่มระดับความรู้เรื่องโรคไตได้ถึงร้อยละ 80.0 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของชัยญานันท์ สิทธิ และอรอนงค์ สมพันธ์ (2567) ที่ใช้กิจกรรมเรียนรู้ตามฐานการเรียนรู้และการบรรยาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ผ่านกระบวนการที่มีการออกแบบอย่างเหมาะสมและมีส่วนร่วมจากภาคีที่เกี่ยวข้อง มีศักยภาพในการส่งเสริมการเรียนรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 การรับรู้สัญญาณเตือนโรคไตเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับการรับรู้สัญญาณเตือนโรคไตเรื้อรังในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.00 ($SD = 0.66$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 1.44 ($SD = 0.56$) พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ “เติม เสริม เพิ่ม” ส่งผลต่อการเพิ่มพูนการรับรู้สัญญาณเตือนโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการเสริมสร้างความรู้ และ

ความเข้าใจเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคไตเรื้อรังผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย มีการสื่อสารสัญญาณเตือนของโรคไตเรื้อรังผ่านสื่อโปสเตอร์และการเรียนรู้แบบกลุ่ม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของปัฐยาวัชร ปราภผล และคณะ (2564) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถรับรู้อาการเตือนของภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตได้ดีขึ้นหลังได้รับความรู้ โดยเฉพาะในกิจกรรมที่มีการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสนับสนุนโดยการศึกษาของ ปวาสิณี สุขเจริญ (2566) ที่รายงานว่า หลังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น และสามารถรับรู้การแสดงของโรคไตดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญดาว จุลบาท และนงนภัทร รุ่งเนย (2567) ซึ่งพบว่า กลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงตามรูปแบบการชะลอไตเสื่อมมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ในระดับสูง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสรุปรูปแบบ “เติม เสริม เพิ่ม” ส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับการรับรู้สัญญาณเตือนโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และชะลอความเสื่อมของไตในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 พฤติกรรมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยรูปแบบ “เติม เสริม เพิ่ม” กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ จากระดับปานกลางก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เป็นระดับสูงหลังการเข้าร่วม เนื่องมาจาก โปรแกรม “เติม เสริม เพิ่ม” ได้เน้นการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม กิจกรรมให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติจริง และการทำกิจกรรมกลุ่ม ใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายแบบยางยืด และมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกำกับติดตามและประเมินพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเต็มในหลายด้าน เนื่องจากรูปแบบการดำเนินกิจกรรมที่ผู้วิจัยมีบทบาทในการกระตุ้นเสริมแรงและติดตามผลอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของกนก เจริญพันธ์ (2566) ที่พบว่า การจัดกิจกรรมกลุ่มโดยทีมสหวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.74 เป็นร้อยละ 96.23 รวมถึงสอดคล้องกับงานของอรรธรณ อยู่สุวรรณ และคณะ (2566) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การจัดทำแผนงานอย่างเป็นระบบร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาของชัยญานัฏข ลิทธิ และอรอนงค์ สมนันท์ (2567) ที่ชี้ว่า ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ดีขึ้น และมณฑริกา แพงบุตติ และวิลาวัณย์ ขมนิรัตน์ (2564) ซึ่งพบว่า หลังใช้คู่มือการดูแลตนเอง ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น และค่าการทำงานของไตเพิ่มขึ้น

2.4 ระดับความเสี่ยงการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังลดลงจากก่อนการทดลอง โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 ($SD = 1.37$) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.41 ($SD = 1.32$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่าค่าเฉลี่ยหลังการทดลองลดลงจากก่อนการทดลองเท่ากับ 0.12 และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

ภายหลังจากทดลองผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่สามารถลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้เป็นผลมาจากการให้ความรู้ที่เหมาะสม การสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยในการประเมินความเสี่ยง

โรคไตเรื้อรังในระยะ 10 ปีข้างหน้าด้วยข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ล้วนเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรค ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของปริศนา อัครธนพล และคณะ (2564) ที่ระบุว่า ความเสี่ยงโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตไม่ดี ระดับน้ำตาลในเลือดสูง การใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ และพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด สุภาพันธุ์ (2562) และชัยญานัฏช์ สิทธิ และอรอนงค์ สมนันท์ (2567) ซึ่งชี้ว่า การเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรคไตสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และช่วยลดระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นควรมีรูปแบบหรือโปรแกรมการส่งเสริม พฤติกรรมชะลอความเสื่อมของไต โดยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ตลอดจนการลดอุปสรรคของการปฏิบัติ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้โรคไตเรื้อรัง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การพูดคุย หรือทำกิจกรรมกลุ่มในการจัดการปัญหาที่เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติ (นุชนพร ดุมใหม่ และคณะ, 2565)

2.5 ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR)

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ โดยก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 84.18 ($SD = 23.07$) และภายหลังการเข้าร่วมเพิ่มเป็น 85.04 ($SD = 22.44$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตภายใต้โมเดล “เติม เสริม เพิ่ม” ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ประการ ได้แก่ (1) การเติมความรู้ผ่านการให้ข้อมูลจากคู่มือการป้องกันโรคไตเรื้อรัง (CKD) และสื่อโปสเตอร์ “ครบสูตรดูแลไต” เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย (2) การเสริมทักษะการดูแลตนเองโดยการจัดการกิจกรรมกลุ่มออกกำลังกายด้วยยางยืด เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และ (3) การเพิ่มความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพผ่านการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภายใต้บทบาท “อสม. จ้อไต ใส่ใจชุมชน” เพื่อการติดตามและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดการดำเนินงาน โดยเฉพาะในด้านค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดทางคลินิกที่สำคัญ ทั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ย eGFR มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตตามแนวทาง “เติม เสริม เพิ่ม” มีประสิทธิภาพในการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอนันท์ เรืองบุญ และคณะ (2562) ที่รายงานว่าอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังได้รับความรู้และการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญโพยม สาคร และปชาณัฐ นันไทยทวีกุล (2564) ซึ่งพบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้านด้วยยางยืดช่วยให้ภาวะการทำหน้าที่ของไตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิมลพร พูลศิริ (2560) ที่พบว่า การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับค่า eGFR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่น หรือสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตามแนวคิด เติมความรู้ เสริมทักษะ และเพิ่มความยั่งยืนโดยการพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันโรคไตในระดับชุมชน

2. การสื่อสารความเสี่ยงด้วยสื่อโปสเตอร์ “ครบสูตรดูแลไต” ซึ่งเน้นให้ความรู้ที่กระชับและสื่อสารเข้าใจง่าย ตรงจุด ติดไว้ในที่ที่เข้าถึงง่าย จะช่วยกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนลดเสี่ยง ทั้งนี้ควรใช้ควบคู่กับการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ควรส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายด้วยแบบอย่างแข็งแรงต้าน โดยจัดกิจกรรมกลุ่มออกกำลังกายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากช่วยเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย และช่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งมีผลต่อการชะลอไตเสื่อม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาวอย่างน้อย 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของไต นอกจากนี้ควรประเมินผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไตเรื้อรัง

2. ควรศึกษาความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ในการประเมินค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) อย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามและวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่า eGFR เพื่อให้สามารถชี้ชัดถึงประสิทธิภาพของรูปแบบในการชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างแม่นยำ

เอกสารอ้างอิง

กนก เจริญพันธ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 17(2), 543-558.

จันทร์เพ็ญ ประโยงค์, กชกร พุทธา, และวินัย กล่อมแก้ว. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไข ปัญหาโรคไตเรื้อรังอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(6), 1035-1043.

ชัยญานันท์ สิทธิ, และอรอนงค์ สมนันท์. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมด้วย แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของโรงพยาบาลบ้านหม้อจังหวัดสระบุรี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี.

[https://sro.moph.go.th/file/051120241009071_24case%20study%20\(ชัยญานันท์%20สิทธิ\)%204-9-67.pdf](https://sro.moph.go.th/file/051120241009071_24case%20study%20(ชัยญานันท์%20สิทธิ)%204-9-67.pdf)

ธนพร วรรณกุล, ชลิตา โสภิตภักดีพงษ์, และวิริยา สุขวงศ์. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 26(3), 106-118.

นุชพร ดุมใหม่, ปณิชา พลพินิจ, สายฝน ม่วงคุ้ม, และเขมารดี มาสิงบุญ. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมชะลอความเสื่อมของไตในผู้ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 1-3. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการ สุขภาพ, 17(4), 378-386.

- ปริศนา อัครชนพล, ธนกร อ่วมอ้อ, กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม, พรทิพย์ ลิ้มธีระยศ, กนกอร พิเดช, รัชดา พ่วงประสงค์, ชัชฎาพร พุทฺธเสน, นพณัฐ จำปาเทศ, ศิริวรรณ ตรงค์เรือง, และจริยาวัตร คมพัยค์. (2564). ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ รพ.สต. หนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอ.*, 3(2), 37-52.
- ปวาสินี สุขเจริญ. (2566). ผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลเกาะสมุย. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี.
https://srth.moph.go.th/research/file/20240519194731-77_2567%20ปวาสินี%20สุขเจริญ.pdf
- ปฐยาวัชร ปรากุผล, อุทัยทิพย์ จันทรเพ็ญ, และกนกพร แก้วโยธา. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 27(1), 151-165.
- พริมประภา คงแก้ว, และพัชรมน สุพรรณกุล. (2562). พฤติกรรมเสี่ยงของโรคไตเรื้อรัง: มุมมองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *Thai Journal of Public Health*, 49(3), 313-324.
- พิศมัย ใจถาวร. (2562). ผลโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง. ประชุมวิชาการสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 2 ประจำปี 2562. ระบบงานวิชาการเขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก.
<https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/r2r/MA2566-004-02-0000000190-0000001205.pdf>
- เพ็ญดาว จุลบาท, และนงนภัทร รุ่งเนย. (2567). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 7(1), 95-112.
- เพ็ญโพยม สาคร, และปชาณัฐ นันทไทยทวิกุล. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้านต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(1), 168-179.
- มันตริกา แพงบุตติ, และวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. (2564). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตำบลหนองแดง อำเภอสัสมพู จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ*, 14(2), 179-191.
- มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2560). *Thai CKD Risk Score: แบบประเมินความเสี่ยงโรคไตในระยะ 10 ปีข้างหน้า*.
https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/Thai_CKD_risk_score/Thai_CKD_risk_score.html
- มาโนช เตชะโชควิวัฒน์. (2568). *ความดัน เบาหวาน ตัวการโรคไตเรื้อรัง*. โรงพยาบาลกรุงเทพ.
<https://www.bangkokhospital.com/th/bangkok/content/hypertension-diabetes-chronic-kidney-disease>
- รายงานข้อมูลผู้ป่วยไต. (2568). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข.
<https://hdc.moph.go.th/acr/public/standard-report-detail/d843f25a088253c22344d771113cf409>

- ลักขณา ขอบเสียง, สมฤทัย ขอนภา, สรินยา สมชัย, สาริน เลิศแสนสิน, สิริยาภรณ์ ภูอวด, สุดาร์ตน์ ศิริบุรณ์, สุนิษา บุญสาร, สุภาพร มีแก้ว, และสุนันท์ บุญศรี. (2562). พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 3(2), 72-87.
- วันวิสาข์ สนใจ. (2564). ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(3), 120-132.
- วิมลพล พูลศิริ. (2560). อัตราการกรองไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังใช้การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรังด้วยตนเอง โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 25(3), 316-326.
- สมคิด สุภาพันธ์. (2562). การพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(5), 857-866.
- อนันท์ เรืองบุญ, พีรวิชญ์ พาดี, จารุวรรณ ประดิษฐ์พงษ์, เยาวลักษณ์ เรียงอิศราง, และอำภา คนชื้อ. (2562). รูปแบบการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28 (ฉบับเพิ่มเติม 2), S122-S129.
- อรรวรรณ อยู่สุวรรณ, นภาพิณ จันทขัมมา, และมุกดา หนูศรี. (2566). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบท ตำบลเดิมบาง อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 39(1), 219-229.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (pp.305-360). Pergamon Press.
- Kovesdy, C. P. (2022). *Epidemiology of chronic kidney disease: An update 2022*. *Kidney International Supplements*.

การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเคิ่งใหญ่ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ

ขวัญชนก แสงแก้ว, ส.บ.,* คุณัญญา สอดสี, ส.บ.**

ภัทรพร รักธรรม, ส.บ.,* พรทวิ บุตรี, พย.บ.***

สมณี มาสุข, พย.บ.,*** พรพรรณ ประพัฒน์พงษ์, ประ.ด.****

ประเสริฐ ประสมรักษ์, ประ.ด.,**** ฐิติมา พลบุบผา, วท.ม.*****

Received: May 17, 2025

Revised: January 31, 2026

Accepted: April 16, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตผล และการสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 36 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้ในการจัดการตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่พัฒนาขึ้น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85, 0.88 และรูปแบบการจัดการตนเอง "ปฏิทิน 3 มิติ" วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Wilcoxon signed ranks test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60.0-79.0 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 10.0 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 55.6 และมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 158.7 ($SD = 34.7$) รูปแบบการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างความรู้ผ่านคู่มือ "ปฏิทิน 3 มิติ" 2) การตั้งเป้าหมายและบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) การติดตามประเมินผลพฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือด ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ข้อเสนอแนะ ควรนำรูปแบบนี้ไปปรับใช้ในคลินิกเบาหวานคุณภาพ เพื่อช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

* นักศึกษาสารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

** นักศึกษาสารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: khunanya.sod@gmail.com

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเคิ่งใหญ่

**** อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

***** นักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพบัณฑิต ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The Development of a Self-Management-Model among Diabetic Patients with
Uncontrolled Blood Glucose Level in the Area of Keng Yai Health Promotion Hospital,
Huataphan District, Amnat Charoen Province

Kwanchanok Sangkaew, P.H.,^{*} Khunanya Sodsee, P.H.^{**}
Pattaporn Raktham, P.H.,^{*} Porntawee Butree, M.N.S.^{***}
Sumanee Masuk, M.N.S.,^{***} Pornpan Prapatpong, Ph.D.^{****}
Prasert Prasomruks, Ph.D.,^{****} Thitima Polboobpha M.Sc.^{*****}

Abstract

This action research aims to develop and study the effects of a self-management model on knowledge, self-management behavior, and blood sugar levels of diabetes patients with uncontrolled blood sugar. The research process consists of four steps: planning, implementation, observation, and reflection. The sample group comprises 36 diabetes patients with uncontrolled blood sugar, selected thru cluster sampling. The research instruments include a self-management knowledge, self-management behavior questionnaire for diabetes patients with uncontrolled blood sugar, which was developed and has a reliability value of 0.85, 0.88, and the "3D Calendar" self-management model. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Signed Ranks Test.

The study results found that the majority of the sample were female, aged between 60.0-79.0 years, with a duration of illness of 10.0 years or more, accounting for 55.6%. The average blood sugar level before the experiment was 158.7 (*SD* = 34.7). The developed self-management model consists of 1) knowledge enhancement thru the "3D Calendar" manual, 2) setting goals and recording health behaviors, and 3) monitoring and evaluating behaviors and blood sugar levels. After the experiment, it was found that the sample group had increased knowledge and self-management behavior scores, and significantly reduced blood sugar levels compared to before the experiment ($p < 0.001$). Recommendation: This model should be implemented in quality diabetes clinics to help reduce the risk of complications in diabetes patients.

Keywords : Self-management-model, Self-management behaviors, Patients with uncontrolled blood glucose level under

^{*} Bachelor Of Public Health Student, Mahidol University Amnat Charoen Campus

^{**} Bachelor Of Public Health Student, Mahidol University Amnat Charoen Campus;

Corresponding Author E-mail: khunanya.sod@gmail.com

^{***} Registered Nurse of Kengyai Health Promotion Hospital

^{****} Lecturer Of Public Health Programs, Mahidol University Amnat Charoen Campus

^{*****} Ph.D. Candidate, Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข และสุขภาพอนามัยของประชาชนที่สำคัญระดับโลก เนื่องจากเป็นโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต และระบบบริการสุขภาพของประเทศ โรคเบาหวานเกิดจากภาวะความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ (endocrine disorder) ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของอวัยวะสำคัญหลายระบบ อันนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียการทำงานของอวัยวะในระยะยาว จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2024) พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน โดยโรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 1.6 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยพบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 9.9 หรือประมาณ 5.5 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2562 (วิชัย เอกพลกร และคณะ, 2564) อย่างไรก็ตามพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานเพียงร้อยละ 33.1 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2568) และยังมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานค่อนข้างสูง โดยมีผู้ป่วยเพียงประมาณ 3 ใน 10 คนที่สามารถควบคุมโรคได้ตามเป้าหมาย (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

เบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ และเศรษฐกิจของประเทศ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ส่งผลให้หลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่เสื่อมสภาพ สูญเสียความยืดหยุ่น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น โรคไตวายเรื้อรัง ปัญหาทางสายตา โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะเส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ และการตัดอวัยวะ เป็นต้น ผลกระทบดังกล่าวยังสัมพันธ์กับภาระด้านจิตใจ การสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติรายงานว่ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานเฉลี่ยประมาณ 3,984 ล้านบาทต่อปี (ดวงเดือน สิทธิพาณิชย์, 2568)

จากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดอำนาจเจริญ ข้อมูลระบบ Health Data Center (HDC) ย้อนหลัง 3 ปี แสดงให้เห็นว่าอัตราความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีพ.ศ. 2566–2568 พบอัตราความชุกร้อยละ 7.7, 8.2 และ 8.3 ตามลำดับ ขณะที่อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ ($FBS \leq 126 \text{ mg/dL}$) มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 36.3 ในปี พ.ศ. 2567 เหลือร้อยละ 30.9 ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2568) เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่ อำเภอหัวตะพาน ตำบลเค็งใหญ่ มีประชากรจำนวน 6,423 คน ประกอบด้วย 10 หมู่บ้าน พบผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 496 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.6 ของประชากรทั้งหมด และในปีพ.ศ. 2568 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 44.1 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ไม่ได้เกิดจากการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการปรับวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกต้อง

การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง (self-management theory) ของ Kanfer และ Gaelick-Buys (1991) ที่อธิบายว่าการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ทักษะในการสังเกตตนเอง ประเมินตนเอง และเสริมแรงตนเอง เพื่อควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามแม้จะมีการพัฒนารูปแบบ หรือกิจกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานอย่างหลากหลาย แต่ยังคงพบว่า ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย โดยเฉพาะในบริบทชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการติดตามต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงแนวทางการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า การใช้กระบวนการกลุ่ม การใช้แรงจูงใจ และการใช้การกำกับตนเองช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ การศึกษาของ จูธาร์ตัน โกเสส และคณะ (2565) พบว่า การให้ความรู้การจัดการตนเองในการจัดการอาหารให้เหมาะสมกับโรคเบาหวานผ่านคู่มือการจัดการอาหาร สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ การศึกษาของณัฐภัทร เดิมขุนทด และคณะ (2565) การให้ความรู้ผ่านสื่อ ได้แก่ แผ่นพับให้ความรู้ในการจัดการตนเองทั้ง 7 ด้าน วิดีโอสาธิตการสังเกตภาวะแทรกซ้อนตามร่างกาย สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ณัฐธัญญา ยิงยงเมธี และคณะ (2563) การปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT ผ่านคู่มือการปฏิบัติสมาธิบำบัดต่อเนื่องเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ช่วยทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับไม่ได้ มีระดับน้ำตาลลดลง ซึ่งจะเห็นได้ว่า มีรูปแบบที่แตกต่างกันไป

จากการศึกษาและการวิจัยสถานการณ์ร่วมกับชุมชนบ้านหนองงูเหลือมพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 56 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถึง 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.3 แม้พื้นที่ดังกล่าวจะมีการดำเนินกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามนโยบายสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงขาดรูปแบบการจัดการตนเองที่สอดคล้องกับบริบท วิถีชีวิต และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นระบบ ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง และการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการตนเองมาพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อเพิ่มอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเคิ่งใหญ่ อำเภอดงหลวง จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมในการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเคิ่งใหญ่ อำเภอดงหลวง จังหวัดอำนาจเจริญ
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเองต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเคิ่งใหญ่ อำเภอดงหลวง จังหวัดอำนาจเจริญ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการได้รับรูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบการจัดการตนเอง
2. ภายหลังการได้รับรูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับรูปแบบการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ใช้แนวคิดของเคมมิสและแมคแท็กเกิร์ต (Kemmis & McTaggart, 1988) ร่วมกับนาทฤษฎีการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และเกลlick-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) มาพัฒนารูปแบบการจัดการตนเอง โดยมีพื้นฐานความเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานจะเกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืน เมื่อผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองภายใต้กระบวนการที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอย่างเป็นระบบ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ซึ่งเป็นกระบวนการวิจัยที่มุ่งเน้นการพัฒนาและแก้ไขปัญหาในบริบทจริง โดยดำเนินการเป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (planning) การปฏิบัติการ (action) การสังเกตผล (observation) และการสะท้อนผล (reflection) หรือ PAOR เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ในขั้นตอนการสังเกตผล (observation) ผู้วิจัยได้ประเมินผลของรูปแบบการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้น โดยใช้การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว ตามรูปแบบ one-group pretest-posttest design ทั้งนี้การเปรียบเทียบก่อนและหลังดังกล่าวใช้เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าระดับน้ำตาลในเลือด อันเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสังเกตผลในงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ มิได้เป็นการออกแบบการวิจัยเชิงทดลองแยกต่างหาก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เพื่อให้เกิดการพัฒนาแบบอย่างเป็นระบบในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเคิ่งใหญ่ อำเภอดำรงวิทยารุจิรา จังหวัดอำนาจเจริญ ดังนี้

กลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาพื้นที่

ประชากร

1) กลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ เพื่อการแก้ปัญหาในพื้นที่ โดยเป็นกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเคิ่งใหญ่ อำเภอดำรงวิทยารุจิรา จังหวัดอำนาจเจริญ

2) กลุ่มผู้ป่วยต้นแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสบการณ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์

กลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ จำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการแก้ปัญหาในพื้นที่ ประกอบด้วย

1.1) กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 14 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเบาหวาน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่รับผิดชอบติดตามผู้ป่วยในชุมชน 12 คน

1.2) กลุ่มผู้ป่วยต้นแบบ จำนวน 1 คน ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสบการณ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (role model) เพื่อร่วมแบ่งปันประสบการณ์การจัดการตนเองที่ประสบความสำเร็จ

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในการทดลองใช้รูปแบบ

ประชากร กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเคิ่งใหญ่ อำเภอดำรงวิทยารุจิรา จังหวัดอำนาจเจริญ

กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน อ้างอิงค่าเฉลี่ยผลต่างจากงานวิจัยของ อภิญา งามผลแสน (2567) คำนวณได้ 29.76 คน และคิดอัตราการสูญเสียร้อยละ 20 ได้ขนาดตัวอย่างเป็น 35.7 คน ดังนั้นขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้เท่ากับ 36 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง: ผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบกลุ่ม (cluster random sampling) โดยสุ่มเลือกหมู่บ้านจากทั้งหมด 10 หมู่บ้านในตำบลเค็งใหญ่ พบว่า หมู่ที่ 8 บ้านหนองงูเหลือม มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จำนวน 36 คน ซึ่งครอบคลุมตามขนาดตัวอย่างที่กำหนด ผู้วิจัยจึงคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) วินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และมีค่า FBS > 126 mg/dl ติดต่อกัน 2 ครั้งขึ้นไป 2) อ่านเขียนได้ สื่อสารปกติ 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาออกเป็น 2 ชุด ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้สำหรับการพัฒนารูปแบบเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวคำถามปลายเปิดเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ซึ่งครอบคลุมประเด็นคำถามดังนี้

- 1) ท่านมีวิธีการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลอย่างไร
- 2) ปัญหาหรืออุปสรรคสำคัญที่ทำให้ท่านไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้เป็นไปตามเป้าหมายคืออะไร

3) ท่านมีข้อจำกัดหรือความท้าทายอย่างไรในการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) คือ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ย้อนหลังจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยย้อนหลัง 3 เดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการจัดการตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 12 ข้อคำถาม เป็นแบบเลือกตอบ (ใช่/ไม่ใช่) เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผล 3 ระดับ (น้อย ปานกลาง มาก)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประกอบด้วยพฤติกรรม 3 ด้านหลัก ได้แก่ 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 2) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอาการและภาวะแทรกซ้อน และ 3) พฤติกรรมการจัดการความเครียด ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน)อิงตามความถี่ในการปฏิบัติจริงใน 1 สัปดาห์ (0 วัน ถึง 7 วันสม่ำเสมอ) ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผล 4 ระดับ

คะแนน 0.00-1.00 หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 1.01-2.00 หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับพอใช้

คะแนน 2.01-3.00 หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี

คะแนน 3.01-4.00 หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแท็กการท์ (PAOR) โดยบูรณาการทฤษฎีการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys (1991) ดำเนินงานรวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (planning) ดำเนินการศึกษาศาสนาการณ์และวินิจฉัยปัญหาร่วมกับชุมชนบ้านหนองงูเหลือม ผ่านการสนทนากลุ่มกับผู้พัฒนารูปแบบ 15 คน เพื่อวิเคราะห์สาเหตุที่ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และนำข้อมูลมาออกแบบร่างรูปแบบการจัดการตนเอง "ปฏิทิน 3 มิติ"

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (action) ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 36 คน โดยจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อถ่ายทอดความรู้เชิงปฏิบัติ ฝึกทักษะการบันทึกพฤติกรรมในปฏิทิน และตั้งเป้าหมายการดูแลตนเองรายสัปดาห์ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ระยะที่ 3 การสังเกตผล (observation) เป็นการติดตามและประเมินผลต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 2-8) โดยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ร่วมกันสังเกตการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน และประเมินผลลัพธ์เชิงตัวเลข ได้แก่ คะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (reflection) จัดเวทีคืนข้อมูลให้แก่ชุมชนและกลุ่มผู้พัฒนารูปแบบเพื่อร่วมกันสะท้อนผลการวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของรูปแบบที่ใช้ จากนั้นนำข้อสรุปที่ได้มาปรับปรุงจนเป็นรูปแบบการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่เพื่อขยายผลต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ 2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และเนื้อหาพบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามความรู้ในการจัดการตนเองเท่ากับ 1.00 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 0.96

ความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพรวมเท่ากับ 0.88 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ด้วยค่าสูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.85 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) แจกแจงด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง เนื่องจากผลการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk พบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นปกติ (non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติไม่อิงพารามิเตอร์คือ Wilcoxon signed ranks test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content Analysis) เพื่อสกัดประเด็นสำคัญหรือธีม (themes)

ที่สะท้อนถึงประสบการณ์ มุมมอง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในบริบทของพื้นที่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่การวิจัย 27/2568 ลงวันที่ 29 มกราคม 2568 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างครบถ้วน ก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งมีสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และสภาพปัญหาของโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในพื้นที่

จากการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาผ่านการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนบ้านหนองงูเห่ล้อม โดยการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานรวม 56 ราย โดยมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำนวน 36 ราย (คิดเป็นร้อยละ 64.3) ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการวิจัยครั้งนี้ โดยปัจจัยที่ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ประกอบด้วย ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพคือ ผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบของระดับน้ำตาลในเลือดสูงต่อสุขภาพ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมโดยนิยมบริโภคอาหารท้องถิ่นที่มีแป้งและน้ำตาลสูง ขาดการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ และที่สำคัญคือผู้ป่วยเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้น เช่น อาการชาปลายเท้า ปัญหาสายตา และแผลหายช้า แต่ไม่ตระหนักว่าเป็นสัญญาณเตือนภัยทำให้การรักษาล่าช้า สำหรับข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพพบว่า จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีไม่เพียงพอต่อการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ขาดการติดตามพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดแม้ผู้ป่วยจะรับประทานยาตามสั่ง ประกอบกับผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเนื่องจากไม่เห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและขาดระบบการเสริมแรงในชุมชน ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว ตลอดจนระบบบริการสุขภาพในภาพรวม

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการจัดการตนเองโดยบูรณาการข้อมูลความต้องการของชุมชนเข้ากับแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys (1991) ซึ่งมุ่งเน้นกระบวนการการสังเกตตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement) โดยมีรายละเอียดกิจกรรมและระยะเวลาดำเนินการรวม 8 สัปดาห์ ดังนี้

1) การเสริมสร้างความรู้และทักษะผ่านคู่มือ “ปฏิทิน 3 มิติ” (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมประกอบด้วย จัดกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 (2 ชั่วโมง) เพื่อเตรียมความพร้อมและถ่ายทอดความรู้เชิงปฏิบัติใน 3 มิติ ได้แก่ 1. พฤติกรรมการจัดการตนเอง (อาหาร ออกกำลังกาย ยา ความเครียด) 2. การสังเกตภาวะแทรกซ้อนผ่านสื่อ “แผนที่ร่างกาย” และ 3. การใช้แบบบันทึกพฤติกรรมใน “ปฏิทิน 3 มิติ” แนวคิดที่ใช้เน้นการสร้างทักษะการสังเกตตนเอง (self-monitoring) โดยใช้ปฏิทินที่มีสัญลักษณ์ภาพและสีเพื่อให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมในชีวิตประจำวันได้ง่าย

2) การตั้งเป้าหมายและการประเมินตนเอง (สัปดาห์ที่ 2-7) กิจกรรมประกอบด้วย ติดตามผลรายบุคคลที่สถานีสุขภาพ (30 นาทีต่อคน) ร่วมกับการวิเคราะห์ผลค่าน้ำตาลในเลือดรายสัปดาห์

เพื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่บันทึกไว้ มีการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาล ≥ 155 mg/dL เพื่อทบทวนเป้าหมายรายสัปดาห์ แนวคิดที่ใช้เน้นกระบวนการประเมินตนเอง (self-evaluation) โดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ตนเองปฏิบัติกับผลค่าน้ำตาลที่เกิดขึ้น และตั้งเป้าหมายระยะสั้นร่วมกับ อสม.

3) การติดตามประเมินผล และการเสริมแรงเชิงบวก (สัปดาห์ที่ 8) กิจกรรมประกอบด้วย สรุปผลการเข้าร่วมกิจกรรม (1 ชั่วโมง) เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อประเมินผลลัพธ์ครั้งสุดท้าย และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยให้ “ต้นแบบพิชิตเบาหวาน” แบ่งปันประสบการณ์ แนวคิดที่ใช้เน้นการให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement) ผ่านการให้คำชมเชย การมอบรางวัลเล็กน้อย หรือการยกย่องในเวทีกลุ่ม เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน

3. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 75.0) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 60.97 ปี ($SD = 10.25$) โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ ช่วง 60–79 ปี (ร้อยละ 55.6) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 88.8) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.5) และประกอบอาชีพว่างงาน (ร้อยละ 44.4) โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ที่เพียงพอ (ร้อยละ 52.8) ประวัติการเจ็บป่วยและข้อมูลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมานานกว่า 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 55.6) โดยมีโรคประจำตัวร่วมที่พบบ่อยที่สุดคือไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 38.9) ในด้านพฤติกรรมเสี่ยง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 100.0) และส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 86.1) สำหรับพฤติกรรมการรักษาพบว่า ส่วนใหญ่รับประทานยาตามที่แพทย์กำหนดอย่างครบถ้วน (ร้อยละ 72.2) และส่วนใหญ่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ (ร้อยละ 86.0) สภาวะสุขภาพก่อนการทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) เท่ากับ 158.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ($SD = 34.7$) ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

4. ความรู้ในการจัดการตนเอง

จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.257, p < 0.001$) โดยก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการตนเองเท่ากับ 6.2 ($SD = 1.85$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 10.1 ($SD = 0.85$) ซึ่งอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
ความรู้ในการจัดการตนเอง	6.2	1.85	ปานกลาง	10.1	0.85	มาก	-5.257	<0.001

5. พฤติกรรมการจัดการตนเอง

จากผลการวิจัยในภาพรวมพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.232, p < 0.001$) จากระดับพอใช้ ที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.44 ($SD = 0.25$) เป็นระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 ($SD = 0.35$) โดยพฤติกรรมด้านการสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อน มีการเปลี่ยนแปลงสูงที่สุด จากคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดก่อนการทดลอง เท่ากับ 0.86 อยู่ในระดับไม่ดี เพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 ($SD = 0.41$) แสดงให้เห็นถึงผลของรูปแบบในการพัฒนาความสามารถด้านการเฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย นอกจากนี้พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดก็มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนจากค่าเฉลี่ย 1.72 เป็น 3.31 ($SD = 0.47, 0.43$) ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับความเครียด อันเป็นผลจากการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	1.76	0.49	พอใช้	3.11	0.23	ดีมาก	-5.234	<0.001
พฤติกรรมการสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อน	0.86	0.23	ไม่ดี	3.45	0.41	ดีมาก	-5.264	<0.001
พฤติกรรมการจัดการความเครียด	1.72	0.47	พอใช้	3.31	0.43	ดีมาก	-5.240	<0.001
รวม	1.44	0.25	พอใช้	3.24	0.20	ดีมาก	-5.232	<0.001

6. ค่าระดับน้ำตาลในเลือด

จากผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 158.7 mg/dl ($SD = 34.7$) และภายหลังจากทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเหลือ 120.7 mg/dl ($SD = 22.2$) เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.233, p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังการทดลอง

ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	ค่าเฉลี่ย		Mean difference	z	p-value
	M	SD			
ก่อนการทดลอง	158.7	34.7	-38.0	-5.233	<0.001
หลังการทดลอง	120.7	22.2			

อภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และประเมินผลการใช้รูปแบบดังกล่าว โดยสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. รูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่พัฒนาขึ้น รูปแบบการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ศึกษา เนื่องจากเกิดจากกระบวนการศึกษาสถานการณ์จริง ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ผ่านการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ป่วยต้นแบบ ส่งผลให้รูปแบบที่ได้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและข้อจำกัดของผู้ป่วยในพื้นที่ รูปแบบดังกล่าวประกอบด้วย การเสริมสร้างความรู้ การตั้งเป้าหมาย การบันทึกพฤติกรรม และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนหลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาเฉพาะพื้นที่ผ่านการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2. ผลของรูปแบบการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากลักษณะของรูปแบบที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การใช้สื่อที่เข้าใจง่าย และการเชื่อมโยงความรู้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น คู่มือ “ปฏิทิน 3 มิติ” การบันทึกพฤติกรรม และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Kanfer และ Gaelick-Buys (1991) ซึ่งอธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากกระบวนการสังเกตตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้พฤติกรรมของตนเอง เห็นความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงปฏิบัติการด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการมีส่วนร่วมและการติดตามอย่างต่อเนื่อง ช่วยส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ณัฐภัทร เดิมขุนทด และคณะ, 2565; มณีรัตน์ ทางดี, 2567) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Chrvala et al. (2016) ซึ่งเป็น systematic review พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะโปรแกรมที่มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาของ Powers et al. (2020) ที่เสนอกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการติดตามระดับน้ำตาล โดยมีบุคลากรสุขภาพคอยสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง (Diabetes Self-Management Education and Support: DSMES) ว่าการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนเชิงพฤติกรรมช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลของรูปแบบการจัดการตนเองต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อมโยงระหว่างการพัฒนาขึ้นของความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดเกิดจากการที่ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้จริง ผ่านการตั้งเป้าหมาย การบันทึกพฤติกรรม และการได้รับการสนับสนุนอย่างใกล้ชิดจากทีมสุขภาพและอาสาสมัครในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ action research ที่เน้นการเรียนรู้จาก

การปฏิบัติและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่พบว่าการจัดการตนเองร่วมกับการติดตามอย่างสม่ำเสมอ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ยั่งยืน (ไชยา ท่าแดง, 2563) และการศึกษาของ Beck et al. (2017) ที่รายงานว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า รูปแบบการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมความรู้ พฤติกรรม การจัดการตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ บุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำรูปแบบการจัดการตนเองดังกล่าวไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยเน้นกิจกรรมการให้ความรู้ การตั้งเป้าหมาย การบันทึกพฤติกรรม และการติดตามอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
2. รูปแบบการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในระดับชุมชน โดยปรับรูปแบบกิจกรรมและสื่อการเรียนรู้ เช่น “ปฏิทิน 3 มิติ” ให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ควรดำเนินการภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพและอาสาสมัครในชุมชน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงและสามารถปรับปรุงรูปแบบได้อย่างต่อเนื่องตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
3. หน่วยบริการสุขภาพสามารถนำกระบวนการดำเนินงานตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล) ที่ใช้ในการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนา กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาเฉพาะพื้นที่ และการปรับปรุงการดำเนินงานจากผลการปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาวและความยั่งยืนของพฤติกรรม เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ (3 เดือน) ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยยังมีความตื่นตัวต่อนวัตกรรมใหม่ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลในระยะยาว (longitudinal study) เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมจัดการตนเอง (sustainability of behavior) และประเมินผลลัพธ์ทางชีวภาพที่มีความแม่นยำสูงขึ้น เช่น ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เพื่อยืนยันว่า รูปแบบปฏิทิน 3 มิติ สามารถควบคุมโรคได้จริงในระยะยาว
2. การพัฒนานวัตกรรมดิจิทัลเพื่อการจัดการตนเอง (digital health) จากการสังเกตในขั้นตอนการปฏิบัติ (action) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันเริ่มมีการใช้สมาร์ทโฟนเพิ่มมากขึ้น การวิจัยครั้งต่อไป อาจต่อยอดจาก “ปฏิทิน 3 มิติ” รูปแบบกระดาษ ไปสู่รูปแบบแอปพลิเคชัน หรือการสื่อสารผ่านระบบ Line Official Account ที่เน้นการใช้งานง่าย (user-friendly) เพื่อให้เกิดการบันทึกข้อมูลแบบเรียลไทม์ และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างผู้ป่วย อสม. และบุคลากรสุขภาพได้ทันที ซึ่งจะช่วยลดข้อจำกัดเรื่องระยะทาง และการติดตามผลในพื้นที่ห่างไกล
3. การขยายผลสู่กลุ่มโรคเรื้อรังร่วม (co-morbidity) เนื่องจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีโรคไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรพัฒนา หรือปรับปรุงรูปแบบการจัดการตนเองให้ครอบคลุมการดูแล “กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)”

ในภาพรวม โดยการบูรณาการการสังเกตตนเองทั้งเรื่องการคุมระดับน้ำตาลและการควบคุมระดับความดันโลหิตเข้าด้วยกัน เพื่อให้เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองที่เบ็ดเสร็จและสอดคล้องกับพยาธิสภาพที่แท้จริงของผู้ป่วย

4. การศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่กว้างขึ้น จากการวิจัยที่เน้นวงจร PAOR ในระดับหมู่บ้าน การวิจัยครั้งต่อไปควรขยายขอบเขตการมีส่วนร่วมไปสู่ระดับท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือกลุ่มวิสาหกิจชุมชน เพื่อศึกษาถึงการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรในการผลิตนวัตกรรม "ปฏิทิน 3 มิติ" ให้เป็นสวัสดิการสุขภาพของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้รูปแบบการจัดการตนเองนี้ได้รับการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบและยั่งยืนโดยคนในชุมชนเอง

เอกสารอ้างอิง

- ไชยา ท่าแดง. (2563). *การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ดวงเดือน สิทธิพานิช. (2568). ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 10(1), 576-583.
- ฐิตารัตน์ โกเสส, วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์, และศิวพร อังวัฒนา. (2565). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการจัดการอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(2), 55-66.
- ณัฐภัสสร เดิมขุนทด, สว่างจิต สุรอมรกุล, รัชนิวรรณ ขวัญเจริญ, และชาญวัฒน์ ขวณตติกมล. (2565). ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารการพยาบาล*, 24(1), 1-24.
- ณัฐธัญญา ยิ่งยงเมธี, ดารารัตน์ อยู่เจริญ, จุฑารัตน์ สว่างชัย, ศิริมา วงศ์แหลมทอง, และเพียว นิมิตรพรชัย. (2563). ประสิทธิภาพของการใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT ต่อระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39(2), 228-238.
- มนีรัตน์ ทางดี. (2567). ผลของรูปแบบการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 9(5), 526-533.
- วิชัย เอกพลาร, หทัยชนก พรหมเจริญ, และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563*. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5425>
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2568). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC)*. <https://hdc.moph.go.th/acr/public/standard-report-detail/e9e461e793e8258f47d46d6956f12832>
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*. <https://dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/bukhlakr-thangkar-phaeathy/cpg/naewthang-wech-ptibati-sahrab-rokh-bea-hwan-2567>

- อภิญญา งามลแสน. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต จังหวัดสกลนคร. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 9(1), 257-266.
- Beck, J., Greenwood, D. A., Blanton, L., Bollinger, S. T., Butcher, M. K., Condon, J. E., Cypress, M., Faulkner, P., Fischl, A. H., Francis, T., Kolb, L. E., Lavin-Tompkins, J. M., MacLeod, J., Maryniuk, M., Mensing, C., Orzech, E. A., Pope, D. D., Pulizzi, J. L., Reed, A. A., Rhinehart, A. S., ... 2017 Standards Revision Task Force (2017). 2017 National standards for diabetes self-management education and support. *The Diabetes Educator*, 43(5), 449–464. <https://doi.org/10.1177/0145721717722968>
- Chrvala, C. A., Sherr, D., & Lipman, R. D. (2016). Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. *Patient Education and Counseling*, 99(6), 926–943. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.003>
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (pp.305-360). Pergamon Press.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
- Powers, M. A., Bardsley, J. K., Cypress, M., Funnell, M. M., Harms, D., Hess-Fischl, A., Hooks, B., Isaacs, D., Mandel, E. D., Maryniuk, M. D., Norton, A., Rinker, J., Siminerio, L. M., & Uelman, S. (2021). Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: A consensus report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care and Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy of Family Physicians, the American Academy of PAs, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 121(4), 773–788.e9. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.04.020>
- World Health Organization. (2024, November 14). *Diabetes*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม
ในหญิงที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในชุมชน

มะลิวัลย์ ศรีโท, พย.บ.*

สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, พร.ด.**

วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์, พย.ม.***

Received: May 22, 2025

Revised: April 18, 2026

Accepted: April 20, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในหญิงที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงวัยผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกิน จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน โปรแกรมพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ ประกอบด้วย แผนกิจกรรม คู่มือ ต้นแบบด้านลบ สื่อภาพนิ่ง สื่อวีดิทัศน์ แอปพลิเคชันไลน์ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .94 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมฯ (median = 76.0, IQR = 2) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (median = 52.0, IQR = 8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.461, p < .001$) และ 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมฯ (median = 76.0, IQR = 2) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (median = 49.00, IQR = 8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.208, p < .001$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในหญิงที่มีน้ำหนักเกินได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มเสี่ยงได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ หญิงที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในชุมชน

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: maliwanmooaoun@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** รองศาสตราจารย์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Effect of the Motivation Enhancing Program on Knee Osteoarthritis Prevention Behaviors Among Overweight Women in Communities

Maliwan Srito, B.N.S.*

Sumalee Lirtmunlikaporn, Ph.D.**

Wilawan Tuanrat, M.N.S.***

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of the motivation enhancing program on knee osteoarthritis prevention behaviors among overweight women in communities. The sample consisted of 52 overweight adult women, divided into an experimental group and a control group, with 26 participants in each. The program was developed based on Rogers' Protection Motivation Theory and included an activity plan, manual, negative prototype, visual media, video media, LINE application, personal data questionnaire, and knee osteoarthritis prevention behaviors questionnaire. All research instruments were validated by six experts, yielding a content validity index (CVI) of .94 and a reliability coefficient (Cronbach's alpha) of .96. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann-Whitney U test.

The results of the study revealed that: 1) the experimental group had a higher score for knee osteoarthritis prevention behaviors after receiving the program (median = 76.0, IQR = 2) than before receiving the program (median = 52.0, IQR = 8), with statistical significance ($Z = -4.461, p < .001$), and 2) the experimental group had a higher score for knee osteoarthritis prevention behaviors after receiving the program (median = 76.0, IQR = 2) than the control group which received routine nursing care (median = 49.00, IQR = 8), with statistical significance ($Z = -6.208, p < .001$). These findings indicate that the motivation enhancing program effectively promotes knee osteoarthritis prevention behaviors among overweight women. The program can be applied to develop health promotion strategies and preventive approaches for knee osteoarthritis in at-risk populations.

Keywords: Prevention behaviors knee osteoarthritis, Motivation enhancing program, Overweight women in communities

* Master Student Faculty of Nursing, Chiangmai University; Corresponding Author E-mail: maliwanmooaoun@gmail.com

** Assistant Professor Lecturer, Faculty of Nursing, Chiangmai University

*** Associate Professor Lecturer, Faculty of Nursing, Chiangmai University

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (knee osteoarthritis) เป็นปัญหาสุขภาพทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัจจุบันพบว่า มีผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมทั่วโลกมากกว่า 600 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 13 ของประชากรโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต (World Health Organization [WHO], 2022) นอกจากนี้ข้อเข่าเป็นตำแหน่งที่พบการเสื่อมมากที่สุด คิดเป็นประมาณ 365 ล้านคนทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 6 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงวัย ส่งผลให้โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของความเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการ (กรมการแพทย์, 2563) โดยโรคดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว การดำเนินชีวิตประจำวัน และก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (Hunter & Bierma-Zeinstra, 2019)

เมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้น อาจทำให้เกิดความผิดปกติของข้อ เช่น ขาโก่ง และนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (Kolasinski et al., 2020) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ข้อเข่าที่ไม่เหมาะสม เช่น การขึ้น-ลงบันไดบ่อย การนั่งหรือยืนนาน การนั่งยอง นั่งคุกเข่า นั่งขัดสมาธิ และการยกของหนัก ซึ่งล้วนเพิ่มแรงกดต่อข้อเข่าและเร่งการเสื่อมของข้อ (Zhang & Jordan, 2010) นอกจากนี้ภาวะกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า (quadriceps) อ่อนแรง หรือฝ่อลีบ ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เนื่องจากกล้ามเนื้อนี้มีบทบาทในการพยุงข้อเข่า ลดแรงกระแทก และเพิ่มความมั่นคงของข้อขณะเคลื่อนไหว หากกล้ามเนื้ออ่อนแรงจะทำให้แรงกดต่อข้อเพิ่มขึ้น และส่งผลให้โรคดำเนินรุนแรงมากขึ้น (Øiestad et al., 2015)

การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมจำเป็นต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งแรงจูงใจถือเป็นกลไกสำคัญ โดยทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) ของโรเจอร์ (Prentice-Dunn & Rogers, 1986) อธิบายว่า บุคคลจะเกิดพฤติกรรมได้ คือ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 3) ความคาดหวังในผลดีของมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และ 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมที่เหมาะสม จากกระบวนการรับรู้ทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมในการป้องกันโรค และจากการศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Prentice-Dunn & Rogers, 1986) จากงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการใช้ PMT สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ในหลายโรค เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง (พลอย ทรัพย์ไพบุลย์กิจ และคณะ, 2564) รวมถึงข้อเข่าเสื่อม เช่น งานวิจัยของ ญัฐชยา ไชยชนะ และคณะ (2561) พบว่า โปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการเสริมแรงจากเพื่อน ช่วยเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในหญิงที่มีน้ำหนักเกิน นอกจากนี้ วราวุธ คตวงศ์ และอรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง (2566) พบว่า โปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีตัดตน ช่วยชะลอการเกิดข้อเข่าเสื่อมในหญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยหลายฉบับที่ศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาที่นำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Prentice-Dunn & Rogers, 1986) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมโดยตรง โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งเป็นกลุ่มที่เริ่มมีอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่แสดงอาการหรือความผิดปกติอย่างชัดเจน ทั้งนี้งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ แม้ปัจจุบันจะพบว่า โรคข้อเข่าเสื่อมเริ่มเกิดในวัย 40 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะเพศหญิงในช่วงอายุ

40-59 ปี ที่มีความเสี่ยงสูงจากภาวะหมดประจำเดือน การมีน้ำหนักเกิน และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการสีกหรือของข้อเข่า เช่น การนั่งพับเพียบ ยกของหนัก หรือยืนนาน ๆ อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาที่พัฒนาโปรแกรมเชิงพฤติกรรมตามแนวคิดของโรเจอร์ เพื่อกระตุ้นการรับรู้ความรุนแรง ความเสี่ยง ความคาดหวังต่อผลดี และความสามารถตนเองในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมโดยเฉพาะ ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงได้นำทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Prentice-Dunn & Rogers, 1986) โดยจากปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการรับรู้ทั้ง 4 ขั้นตอนนี้จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมในการควบคุมโรค ได้แก่ 1) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม 2) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม 3) ความคาดหวังในผลดีของการปรับพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมและ 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปรับพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้ระยะเวลาการศึกษา 6 สัปดาห์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่จะทำให้อุบัติการณ์การปฏิบัติตามโดยแท้จริง (Prentice-Dunn & Rogers, 1986) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจที่จะนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในหญิงที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในหญิงที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

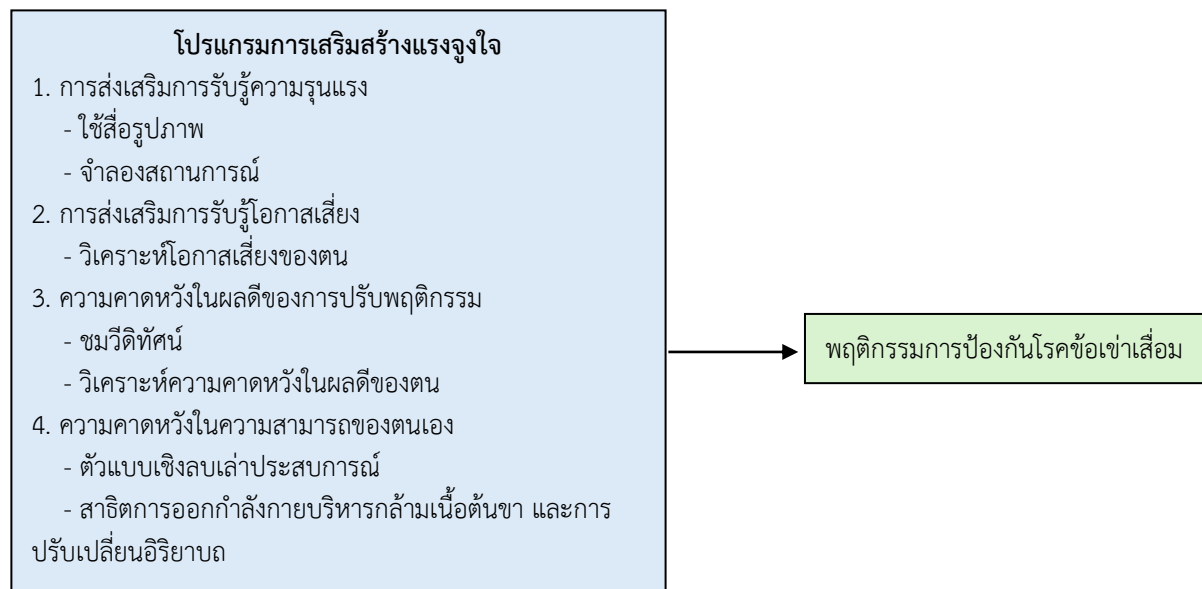
กรอบแนวคิดการวิจัย

การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในหญิงที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในชุมชน โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Prentice-Dunn & Rogers, 1986) ซึ่งมีแนวคิดเริ่มต้นจากการกระตุ้นความกลัว โดยเชื่อว่าบุคคลจะเกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับกระบวนการรับรู้ของตนเอง 4 ขั้นตอน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้สื่อกระตุ้นเน้นด้วยภาพที่มีลักษณะน่ากลัว และจำลองสถานการณ์การเดินทางจากโรคข้อเข่าเสื่อม 2) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงจากน้ำหนักเกินต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมของตน 3) ความคาดหวังในผลดีของการปรับพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการชมวิดิทัศน์เรื่องการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถส่งผลในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างไร 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปรับพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยตัวแบบเชิงลบเล่าประสบการณ์ และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถเพื่อผ่อนคลาย โดยกระบวนการดังกล่าวกระทำอย่างเป็น

ขั้นตอนที่จะกระตุ้นให้เกิดความกลัวการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม นำไปสู่การเกิดความตระหนักในการดูแลเท้า มีความรู้ในการดูแลเท้าที่เหมาะสม ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย 1) ได้แก่ การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และ 2) การปรับเปลี่ยนอิริยาบถเพื่อถนอมเข่า โดยพฤติกรรมดังกล่าวจะนำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest experimental design) ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม เพศหญิง ที่มีช่วงอายุ 40-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม เพศหญิง ที่มีช่วงอายุ 40-59 ปี ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร ที่อยู่ในอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีความใกล้เคียงกับการวิจัยในครั้งนี้ของ ณัฐชา ไชยชนะ และคณะ (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการเสริมแรงจากเพื่อนต่อพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อมในผู้หญิงที่มีน้ำหนักเกิน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.4 และกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อม 35.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.2 ได้ขนาดอิทธิพล (effect size) ที่คำนวณได้เท่ากับ 1.22 เป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.80 มาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมุติฐานทางเดียว และกำหนดให้ค่า $\alpha = 0.5$ ค่า power = 0.8 (รัตนศิริ ทาโต, 2565) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม

G* Power ได้กลุ่มละ 21 คน ผู้วิจัยปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มในกรณีมีผู้สูญหายหรือยุติการเข้าร่วมวิจัย ร้อยละ 20 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 26 คน ต่อกลุ่ม รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 52 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากการติดโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์รับสมัครอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย เชิญชวนกลุ่มหญิงที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ อายุ 40-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร และมีการคัดเลือกกลุ่มที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยใช้เกณฑ์ BMI จากนั้นจึงใช้แบบสอบถามที่มีข้อมูลอายุและน้ำหนักเกินมาตรฐาน เพื่อสร้างกลุ่มที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ก่อนนำไปสุ่มตัวอย่างจริง โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ผ่านการคัดเลือกแล้ว เมื่อได้กลุ่มที่ตรงตามเกณฑ์ ผู้วิจัยจึงใช้การสุ่มตัวอย่างแบบไม่กลับคืน (non-replacement sampling) เพื่อเลือกผู้เข้าร่วมจริง โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) กลุ่มควบคุมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโละป่าห่า จำนวน 26 ราย หลังจากนั้นเริ่มดำเนินการคัดเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบไม่กลับคืน (non-replacement sampling) โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายในกลุ่มทดลองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ข้าวต้ม จำนวน 26 ราย โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย

การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) 1) ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (oxford knee score) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Dawson et al. (1998) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย Charoencholvannich และ Pongcharoen (2005) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 30-48 คะแนน คือเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม 2) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้งานอินเทอร์เน็ตได้ และมีความสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ 3) สามารถเข้าใจ สื่อสาร อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1) มีความพิการของข้อเข่า หรือมีข้อเข่าผิดปกติตั้งแต่กำเนิด 2) เคยได้รับการผ่าตัดข้อเข่าหรือผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และ 3) มีโรคร่วมที่อาจเป็นอุปสรรคในการร่วมกิจกรรมในโปรแกรม เช่น โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ กำหนดเกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการวิจัย (discontinuation criteria) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบทุกกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) โปรแกรมฯ ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. โปรแกรมฯ ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แผนกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ของกลุ่มผู้หญิงที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ของโรเจอร์ (Prentice-Dunn & Rogers, 1986) ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ใช้ระยะเวลาทำกิจกรรม 2 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 3 ถึง 5 ติดตามพฤติกรรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ที่ 6 สรุปกิจกรรมทางแอปพลิเคชันไลน์ ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 7 ถึง 9 ไม่มีการกำกับติดตาม และสัปดาห์ที่ 10 นัดกลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง โดยมีสื่อที่ใช้ คือ

1.1 คู่มือการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้หญิงที่มีน้ำหนักเกิน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยครอบคลุมเนื้อหา การออกกำลังกายด้วยการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาและข้อเข่าร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

1.2 ต้นแบบด้านลบ เพศหญิง อายุ 33 ปี มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ไม่มีโรคประจำตัว BMI เท่ากับ 30.41 กิโลกรัม/ตารางเมตร มีปวดตึงข้อเข่า ลูกนั่งลำบาก จึงได้คำแนะนำจากพยาบาล โดยการมีพฤติกรรมป้องกันเข่าเสื่อม ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถเพื่อถนอมเข่า ติดต่อกัน

4 สัปดาห์ ทำให้อาการปวดตึงข้อเข่าลดลง การเคลื่อนไหวดีขึ้น และยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมในวิจัย ผ่านการคัดกรองโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ทำงานใน รพ.สต. ในพื้นที่ ซึ่งมีการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพกลุ่มวัยมากกว่า 10 ปี โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม และให้ตัวแบบด้านบวกทราบรายละเอียดของหัวข้อก่อนที่จะดำเนินการวิจัย

1.3 สื่อ Power Point ประกอบด้วย ภาพข้อเข่าผิดปกติ ข้อเข่าโก่ง ขาลีบ และการเดินลำบาก และเนื้อหาเรื่องโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมจากพฤติกรรมของการใช้ข้อเข่าไม่เหมาะสม และการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อต้นขาและข้อเข่า และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถเพื่อถนอมเข่าในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

1.4 สื่อวีดิทัศน์ ที่บอกถึงผลดีของการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และปรับเปลี่ยนอิริยาบถจะส่งผลในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

1.5 แอปพลิเคชันไลน์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ ลักษณะของอาชีพ ประวัติการตัดมดลูก/รังไข่ การมีประจำเดือน การได้รับฮอร์โมนทดแทน การได้การคุมกำเนิด และการประสบอุบัติเหตุ หรือได้รับบาดเจ็บที่เข่า

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยผู้วิจัยที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และพฤติกรรมปรับเปลี่ยนอิริยาบถเพื่อถนอมเข่า โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามทางบวก จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าเป็นแบบสอบถามตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale)) 4 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามทางบวก

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ปฏิบัติทุกวันในสัปดาห์	ให้คะแนนเท่ากับ 4
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติ 4-6 วันต่อสัปดาห์	ให้คะแนนเท่ากับ 3
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติ 1-3 วันต่อสัปดาห์	ให้คะแนนเท่ากับ 2
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรมเลย	ให้คะแนนเท่ากับ 1

การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งคะแนนทั้งหมดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง และดี จากการคำนวณหาอันตรภาคชั้น สามารถกำหนดได้ตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน 61.0 ถึง 80.0 หมายถึง มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับดี

คะแนน 41.0 ถึง 60.0 หมายถึง มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับปานกลาง

คะแนน 20.0 ถึง 40.0 หมายถึง มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ 2) คู่มือการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้หญิงที่มีน้ำหนักเกิน 3) สื่อ Power Point 4) สื่อวีดิทัศน์ และ 5) แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 1 ท่าน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป

จำนวน 1 ท่าน นำความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยค่าดัชนีที่ได้คือ 0.94

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่ตำบลแม่ข้าวต้ม ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 คน และสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในการทดสอบความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายในกำหนดค่าที่ยอมรับได้มีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ 0.70 ขึ้นไป พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม มีค่าเท่ากับ 0.96 (Cronbach, 1951)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อนุมัติเมื่อวันที่ 21 เดือนกุมภาพันธ์ 2568 ได้รับการรับรองจริยธรรมเลขที่ 2567-EXP117 ภายหลังการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยแจ้งการเข้าร่วมให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย และสิ่งที่ต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมวิจัย พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยที่การปฏิเสธนั้นไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ทั้งในเรื่องการพยาบาล การบริการและการรักษาที่จะได้รับ และขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาและหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในการรวบรวมข้อมูลจะไม่มีการบังคับตอบแบบสอบถาม และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ การบันทึกข้อมูลทั้งหมดจะไม่ระบุชื่อ แต่จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลใด ๆ การเก็บข้อมูลจะแยกเป็นสองส่วนคือข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยและข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลที่ได้จากโครงการศึกษาวิจัยจะระบุเป็นรหัส ข้อมูลที่อยู่ในรูปแบบเอกสารจะถูกเก็บไว้ที่ตู้เก็บเอกสารแบบนิรภัยที่มีการใส่รหัส และมีกุญแจล็อกและจะถูกทำลายหลังการศึกษาวิจัยเสร็จสิ้นและผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารแล้ว 2 ปี ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือ จากนั้นผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน สำหรับการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับใช้ในงานวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามโปรแกรมฯ ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 (2 ชั่วโมง) ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอมือง จังหวัดเชียงราย

1) ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม (pretest) ใช้ระยะเวลาในการทำแบบทดสอบ 30 นาที

2) กิจกรรมที่ 1 (30 นาที) ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการนำเสนอสื่อภาพที่น่ากลัว และจำลองสถานการณ์การเดินลำบาก ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และสรุประดับความกลัวจากความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

3) กิจกรรมที่ 2 (30 นาที) ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากน้ำหนักตัวที่เกินต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนวิเคราะห์จากบัตรสีแยก BMI ให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงจากน้ำหนักเกินต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมของตน โดยผู้วิจัยถามกลุ่มตัวอย่างโดยใช้คำถามว่า “ใครมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค

ข้อเข้าเสื่อมบ้าง” หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างยกมือขึ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข้าเสื่อม เพื่อให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข้าเสื่อม

4) กิจกรรมที่ 3 (30 นาที) ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถ โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างชมวีดิทัศน์ เรื่อง การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถจะส่งผลดีในการป้องกันโรคข้อเข้าเสื่อม และให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนเขียนความคาดหวังของตนเอง โดยใช้คำถามว่า “กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความคาดหวังต่อการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถ อย่างไร”

สัปดาห์ที่ 2 (2 ชั่วโมง) ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา

5) กิจกรรมที่ 4 (2 ชั่วโมง) ส่งเสริมความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถในการป้องกันโรคข้อเข้าเสื่อม โดยผู้วิจัยให้ต้นแบบเล่าประสบการณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยบรรยายและสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถ และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ และผู้วิจัยทำแผนกิจกรรมรายบุคคล

สัปดาห์ที่ 3-5 ผู้วิจัยติดตามพฤติกรรมจากการส่งรูปภาพการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ line group ตามแผนกิจกรรมรายบุคคลที่ได้กำหนดไว้

สัปดาห์ที่ 6 (1 ชั่วโมง) ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างสรุปทางกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์เป็นการสื่อสารด้วยข้อความรายบุคคล ใช้ระยะเวลา 15 นาทีต่อคนเพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค และผู้วิจัยชื่นชม ยินดี และให้กำลังใจไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 7-9 ผู้วิจัยไม่มีการกำกับติดตาม ไม่มีการส่งหรือข้อความใน line group นี้ แต่กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามปัญหาและข้อสงสัยได้ และสามารถปฏิบัติตามการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถในชีวิตประจำวันได้ต่อเนื่อง โดยไม่ต้องถ่ายรูปส่งมาทาง line group

สัปดาห์ที่ 10 (2 ชั่วโมง) ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคข้อเข้าเสื่อม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ จากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการสรุปการดำเนินการวิจัย เป็นการสิ้นสุดการวิจัย

2. กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1

ผู้วิจัยชี้แจงการดำเนินกิจกรรม 1 ชั่วโมง และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง โดยแจกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคข้อเข้าเสื่อม (pretest) ใช้ระยะเวลาในการทำแบบทดสอบ 30 นาที

สัปดาห์ที่ 2-9

กลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรม แต่ตลอดการวิจัยได้รับการปฏิบัติการดูแลตามปกติ

สัปดาห์ที่ 10

1) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากไม่ได้รับโปรแกรม โดยแจกแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคข้อเข้าเสื่อม (posttest) เพื่อวัดผลลัพธ์พฤติกรรมป้องกันการโรคข้อเข้าเสื่อม ใช้ระยะเวลาในการทำแบบทดสอบ 30 นาที

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับน้ำหนักตัวที่เกินกับการเกิดโรคข้อเข้าเสื่อม และพฤติกรรมป้องกันการโรคข้อเข้าเสื่อม ที่ถูกต้องและเหมาะสม ด้วยการสอนเป็นกลุ่ม เพื่อเป็นการให้ความสำคัญและคุณค่าของตัวโปรแกรมที่เราทำว่าสามารถนำไปใช้ได้ต่อไป

3) ผู้วิจัยจัดการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การปรับเปลี่ยนอิริยาบถ และกลุ่มควบคุมสาธิตย้อนกลับการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถ

4) ผู้วิจัยมอบคู่มือการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้หญิงที่มีน้ำหนักเกิน อธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้คู่มือ

5) ผู้วิจัยจัดเตรียมข้อมูล กล่าวสรุปผลการศึกษา และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ สิ้นสุดกิจกรรม และเมื่อโปรแกรมสิ้นสุดแล้วได้มอบโปรแกรมฯ ให้กลุ่มควบคุมหากอาสาสมัครต้องการเนื่องจากอาจจะเป็นประโยชน์ต่ออาสาสมัคร

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วยการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้จำนวนและร้อยละและสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้แก่ อายุ โดยใช้สถิติทดสอบทางสถิติ independent t-test และอาชีพ ประวัติติดมดลูก/รังไข่ ประวัติประจำเดือน ประวัติได้รับฮอร์โมนทดแทน และประวัติได้รับยาคุมกำเนิด โดยใช้สถิติทดสอบทางสถิติ Chi-square

3. เปรียบเทียบคะแนนและระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในหญิงวัยผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk W Test ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed rank test เนื่องจากเป็นการทดสอบแบบ non-parametric ที่ไม่ได้ใช้ค่าเฉลี่ย (mean) แต่ใช้ค่ามัธยฐาน (median) และพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) ที่ไม่ปกติ

4. เปรียบเทียบคะแนนและระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในหญิงวัยผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk W Test ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ จะใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากเป็นการทดสอบแบบ non-parametric ที่ไม่ได้ใช้ค่าเฉลี่ย (mean) แต่ใช้ค่ามัธยฐาน (median) และพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) ที่ไม่ปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม เพศหญิง ที่มีช่วงอายุ 40-59 ปี ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร ที่อยู่ในอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย และกลุ่มควบคุม 26 ราย มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโล๊ะป่าห้า อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย โดยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบช่วงอายุระหว่าง 50-59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 65.38 โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 50.92 ปี ($SD = 1.96$) และกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 50.62 ปี ($SD = 1.95$) อาชีพ พบว่า ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 53.85 และร้อยละ 46.15 รองลงมา อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 38.46 เท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ลักษณะของอาชีพ พบว่า ในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม พบลักษณะเดินมากกว่า 30 นาที มากที่สุด ร้อยละ 65.38 และร้อยละ 61.54 รองลงมา ลักษณะยืนมากกว่า 30 นาที ร้อยละ 57.69 และร้อยละ 53.85 และลักษณะนั่งมากกว่า 30 นาที ร้อยละ

46.15 และร้อยละ 50 ตามลำดับ ประวัติตัดมดลูก/รังไข่ พบว่า ในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.46 และร้อยละ 84.62 ไม่มีประวัติตัดมดลูก/รังไข่ ประวัติการมีประจำเดือนพบว่า ในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุมพบส่วนใหญ่ไม่มีประจำเดือน ร้อยละ 65.38 และร้อยละ 50.00 ประวัติได้รับฮอร์โมนทดแทนพบว่า ในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุมไม่มีประวัติได้รับฮอร์โมนทดแทน ร้อยละ 100.0 ประวัติได้รับยาคุมกำเนิด พบว่า ในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการได้รับยาคุมกำเนิด ร้อยละ 88.46 และร้อยละ 76.92 และประวัติการประสบอุบัติเหตุ หรือได้รับบาดเจ็บที่เข้าพบว่า ในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุม ไม่มีประวัติการประสบอุบัติเหตุ หรือได้รับบาดเจ็บที่เข้า ร้อยละ 100.0

เมื่อนำลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ โดยใช้สถิติทดสอบทางสถิติ independent t-test และอาชีพ ประวัติตัดมดลูก/รังไข่ ประวัติประจำเดือน ประวัติได้รับฮอร์โมนทดแทน และประวัติได้รับยาคุมกำเนิด โดยใช้สถิติทดสอบทางสถิติ Chi-square พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=26)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=26) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=26) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	50.92 $\pm$ 1.96	50.62 $\pm$ 1.95	0.828*
40-49 ปี	9 (34.62)	9 (34.62)	
50-59 ปี	17 (65.38)	17 (65.38)	
อาชีพ			0.952**
เกษตรกร	14 (53.85)	12 (46.15)	
รับจ้าง	10 (38.46)	10 (38.46)	
ค้าขาย	2 (7.69)	4 (15.38)	
ลักษณะของอาชีพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
ยืนมากกว่า 30 นาที	15 (57.69)	14 (53.85)	
นั่งมากกว่า 30 นาที	12 (46.15)	13 (50.00)	
เดินมากกว่า 30 นาที	17 (65.38)	16 (61.54)	
นั่งยอง ๆ	2 (7.69)	2 (7.69)	
ขึ้นลงบันไดบ่อย ๆ	1 (3.85)	1 (3.85)	
ประวัติตัดมดลูก/รังไข่			0.432**
ไม่มี	23 (88.46)	22 (84.62)	
มี	3 (11.54)	4 (15.38)	
ตัดมดลูก	2 (7.69)	3 (11.54)	
ตัดรังไข่	1 (3.85)	1 (3.84)	
ประวัติประจำเดือน			0.680**
ไม่มี	17 (65.38)	13 (50.00)	
มี	9 (34.62)	13 (50.00)	
ประวัติได้รับฮอร์โมนทดแทน			
ไม่มี	26 (100.00)	26 (100.00)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=26)	กลุ่มควบคุม (n=26)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ประวัติได้รับยาคุมกำเนิด	23 (88.46)	20 (76.92)	0.313**
ไม่มี	3 (11.54)	6 (23.08)	
มี	0 (0.00)	3 (11.54)	
แบบเม็ด	3 (11.54)	3 (11.54)	
แบบฉีด			
ประวัติการประสบอุบัติเหตุ หรือได้รับบาดเจ็บที่เข้า	26 (100.00)	26 (100.00)	
ไม่มี			

หมายเหตุ: *สถิติ independent t-test, **สถิติ Chi-square

การเปรียบเทียบคะแนนและระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจพบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.461, p < .001$) โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่ามัธยฐาน 52.00 (IQR = 8) ซึ่งเป็นระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่ามัธยฐาน 76.0 (IQR = 2) และมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

เปรียบเทียบคะแนนและระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในหญิงที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ (n=26)

คะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรค ข้อเข่าเสื่อม	ก่อนการเข้าร่วม โปรแกรม		ระดับ พฤติกรรม	หลังการเข้าร่วม โปรแกรม		ระดับ พฤติกรรม	Z	p-value
	Median	IQR		Median	IQR			
กลุ่มทดลอง	52.00	8	ปานกลาง	76.00	2	ดี	-4.461	<.001*

หมายเหตุ: * = $p < .001$

การเปรียบเทียบคะแนนและระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน ($Z = -1.321, p = 0.187$) โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 52.0 (IQR = 8) ซึ่งระดับพฤติกรรมอยู่ระดับปานกลางและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 49.50 (IQR = 10) ซึ่งมีระดับพฤติกรรมอยู่ระดับปานกลาง ส่วนการเปรียบเทียบภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจพบว่า ค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ

เสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติมีความแตกต่างกัน ($Z = -6.208, p < .001$) โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 76.0 (IQR = 2) ซึ่งมีระดับพฤติกรรมอยู่ระดับดี และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติมีค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 49.0 (IQR = 8) ซึ่งมีระดับพฤติกรรมการป้องกันอยู่ระดับปานกลาง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบคะแนนและระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในหญิงที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($n=26$)

คะแนนพฤติกรรม การป้องกัน โรคข้อเข่าเสื่อม	กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรม		ระดับ พฤติกรรม	กลุ่มควบคุมที่ ได้รับการดูแล ตามปกติ		ระดับ พฤติกรรม	Z	p-value
	Median	IQR		Median	IQR			
ก่อนได้รับ โปรแกรม	52.0	8	ปานกลาง	49.50	10	ปานกลาง	-1.321	0.187
หลังได้รับโปรแกรม	76.00	2	ดี	49.00	8	ปานกลาง	-6.208	<.001

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในหญิงที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในชุมชน โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองคือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ และกลุ่มควบคุมคือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 ให้หญิงที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ได้ปฏิบัติการ การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถด้วยตนเองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 3-6 และมีการประเมินผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในสัปดาห์ที่ 10 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในหญิงที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ

ผลการศึกษาพบว่า ค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) จากผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มสูงขึ้น เนื่องมาจากผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคตามแนวคิดของโรเจอร์ (Prentice-Dunn & Rogers, 1986) ใช้ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมโดยนำเสนอสื่อภาพที่น่ากลัว และ การใช้การจำลองสถานการณ์การเดินลำบาก โดยหลังจากการนำเสนอการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างได้แสดงออกถึงความกลัวผ่านสติ๊กเกอร์รูปหน้าที่แสดงถึงระดับความกลัวสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร นกแพทย์ และคณะ (2567) พบว่า การใช้การจำลองสถานการณ์ร่วมกับการใช้สื่อรูปภาพ และวิดีโอความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน ซึ่งสื่อรูปภาพและวิดีโอจะนำเสนอให้เห็นถึงภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวานให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นถึงความรุนแรงอย่างชัดเจน โดยหลังจากการนำเสนอ การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าจากโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างได้แสดงออกถึงความกลัวผ่านทางสีหน้า

ขั้นตอนที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงของตัวเองว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถ วิเคราะห์ปัจจัยของตนเองได้ ตัวอย่างเช่น อายุ เพศ การทำงานหนัก น้ำหนักตัวที่เกิน กิจกรรมประจำวัน กล้ามเนื้อต้นขาอ่อนแรง เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐชา ไชยชนะ และคณะ (2561) พบว่า การประเมินถึงสิ่งคุกคามโดยประเมินตนเองถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อม ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงภาวะเสี่ยงของตน ซึ่งหากบุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะส่งผลให้บุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 ความคาดหวังในผลดีของการปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนวิเคราะห์ความคาดหวังของตนเอง โดยใช้คำถามว่า “กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความคาดหวังต่อการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถ อย่างไร” กลุ่มตัวอย่างสามารถวิเคราะห์ได้ ยกตัวอย่างเช่น การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาจะทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง จะช่วยป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมและป้องกันหกล้ม และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถจะช่วยลดแรงกดที่ข้อเข่าจะช่วยป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ พงนิย ฝาสุขดี และพุดิพงษ์ สัตยวงศ์ทิพย์ (2566) พบว่า ความรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ ที่กล่าวว่า การรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy) ในการหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จลงได้ เป็นปัจจัยสำคัญซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังถึงผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างถูกต้องเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยให้ต้นแบบด้านลบเล่าประสบการณ์สาเหตุปัจจัยเสี่ยงของตน และการดูแลตนเองจนประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับด้วยตนเอง ในการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถ ซึ่งเป็นการเพิ่มทักษะและความมั่นใจว่าตนเองสามารถบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถได้ ในการสาธิตย้อนกลับถือเป็นวิธีการที่นำมาใช้ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและได้ลงมือปฏิบัติจริง กลุ่มตัวอย่างสามารถสาธิตย้อนกลับวิธีการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถได้อย่างถูกวิธี และผู้วิจัยกล่าวชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างทุกคนปฏิบัติถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐชา ไชยชนะ และคณะ (2561) พบว่า การเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่แนะนำได้โดยผ่านการมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การเรียนรู้จากตัวแบบ ให้คำปรึกษา ใช้คำพูดชักจูงให้เกิดทัศนคติว่าตนสามารถปฏิบัติได้ ให้กำลังใจ และกล่าวชื่นชมเมื่อปฏิบัติได้ต่อเนื่อง และมีการให้ข้อมูลความรู้ สาธิตและฝึกปฏิบัติการป้องกันข้อเข่าเสื่อมในด้านพฤติกรรมการใช้ข้อ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา นอกจากนี้ยังมีการติดตามพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและใช้กันอย่างทั่วไป ทำให้สามารถติดตามซักถามได้อย่างเป็นปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กรวิชญ์ ศรีประเสริฐ และคณะ (2566) ที่ได้ใช้แอปพลิเคชันไลน์ติดตามพฤติกรรม ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี พร้อมทั้งให้มีการพูดคุย ซักถามเพื่อการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการโต้ตอบแสดงความคิดเห็นผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ พร้อมกับส่งรูปภาพการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาที่ถูกต้องของตนเองได้

จากปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการรับรู้ทั้ง 4 ขั้นตอนนี้จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม การเสริมสร้างแรงจูงใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม 52.0 (IQR = 8) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม 76.0 (IQR = 2) ซึ่งสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.461, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐชา ไชยชนะ และคณะ (2561) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการเสริมแรงจากเพื่อนต่อพฤติกรรม การป้องกันข้อเข่าเสื่อมในผู้หญิงที่มีน้ำหนักเกิน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรม การป้องกันข้อเข่าเสื่อมมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรม การเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพได้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในหญิงที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ในหญิงที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ในชุมชนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.208, p < .001$) (ตารางที่ 3) จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่า กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เนื่องมาจากผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค ตามแนวคิดของโรเจอร์ (Prentice-Dunn & Rogers, 1986) ซึ่งกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอนของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ จะทำให้เกิดการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมขึ้นได้ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งไม่ผ่าน กระบวนการของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้าง แรงจูงใจ มีค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม 76.0 (IQR = 2) และกลุ่มควบคุมที่ ได้รับการดูแลตามปกติ มีค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า 49.0 (IQR = 8) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.208, p < .001$) โดยกลุ่มที่ ได้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจจะมีความตั้งใจและมีความตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ ป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยจุดเด่นของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการกระตุ้นให้ผู้ที่มีความเสี่ยงใน การเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดความกลัวจากการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม มีการรับรู้โอกาส เสี่ยงในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมของตนจากการวิเคราะห์ความเสี่ยง สามารถสัณยย้อนกลับในการบริหาร กล้ามเนื้อต้นขา และมีต้นแบบเชิงลบเล่าประสบการณ์ช่วยกระตุ้นการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถ หลังจากนั้นใช้แอปพลิเคชันไลน์ติดตามพฤติกรรมทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นำมาซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยเมื่อเทียบกับการบริการตามปกติซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการ เสริมสร้างแรงจูงใจ ได้รับเพียงการให้คำแนะนำตามมาตรฐานการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงทำให้ไม่เกิดการ รับรู้กระบวนการในแต่ละขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ส่งผลให้มี พฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมเท่าเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐชา ไชยชนะ และคณะ (2561) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการเสริมแรงจากเพื่อนต่อพฤติกรรม การป้องกันข้อเข่าเสื่อม ในผู้หญิงที่มีน้ำหนักเกิน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรม การป้องกันข้อเข่าเสื่อม มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งกระบวนการสร้างเสริมแรงจูงใจสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมได้

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า การใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ โรเจอร์ (Prentice-Dunn & Rogers, 1986) มาประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในหญิงที่มีน้ำหนัก เกินเกณฑ์ เกิดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมขึ้น ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีประสบการณ์ใช้งานโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ หรือผ่านการอบรมเพื่อให้มี องค์ความรู้ในเรื่องของการเสริมสร้างแรงจูงใจตามโปรแกรมฯ สามารถนำกิจกรรมในโปรแกรมฯ ไปใช้เพื่อ ป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในหญิงที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์วัยทำงานด้วยการสร้างแรงจูงใจในแต่ละขั้นตอน ของโปรแกรมฯ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคข้อเข่าเสื่อมในหญิงที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ที่เหมาะสม

2. ด้านการวิจัย ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในกลุ่มเป้าหมาย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ศึกษาติดตามผลในระยะยาว และสามารถนำผลการวิจัยมาพัฒนาเครื่องมือต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคหรือ ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มวัยทำงานเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. การศึกษาการติดตามผลในระยะยาวในการดำเนินโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างน้อย 3-6 เดือน เพื่อประเมินการคงไว้ของพฤติกรรมสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครโครงการวิจัยตำบลแม่ข้าวต้ม และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลพร้อมทั้งช่วยเหลือการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรวิชัย ศรีประเสริฐ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, และเดชา ทำดี. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการ พยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 50(3), 99-115.

กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์. (2563). *แนวทางการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม*. กรมการแพทย์ ญรัฐยา ไชยชนะ, สุนีย์ ละกำป็น, และทัศนีย์ รวีวรกุล. (2561). ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับ การเสริมแรงจากเพื่อนต่อพฤติกรรมป้องกันการข้อเข่าเสื่อมในที่มีผู้หญิงที่มีน้ำหนักเกิน. *วารสาร สาธารณสุขศาสตร์*, 48(3), 271-283.

พจนีย์ ผาสุขดี, และพุมพงค์ สัตยวงศ์ทิพย์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสุขศึกษา*, 46(1), 131-142.

- พลอย ทรัพย์ไพบุลย์กิจ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, และเดชา ทำดี. (2564). ผลของโปรแกรมการสร้างความแข็งแรงต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. *พยาบาลสาร*, 48(4), 1-73.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2565). *การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 6). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรายุส คตวงศ์, และอรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง. (2566). ผลของโปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีตัดต้นเพื่อชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิของหญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 15(1), 141-156.
- อุมาพร นกแพทย์, ศิวพร อึ้งวัฒนา, และนพมาศ ศรีเพชรวรรณดี. (2567). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 17(4), 64-78.
- Charoencholvanich, K., & Pongcharoen, B. (2005). Oxford knee score and SF-36: Translation & reliability for use with total knee arthroplasty patients in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88(9), 1194-1202.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Hunter, D. J., & Bierma-Zeinstra, S. (2019). Osteoarthritis. *The Lancet*, 393(10182), 1745-1759. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30417-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30417-9)
- Kolasinski, S. L., Neogi, T., Hochberg, M. C., Oatis, C., Guyatt, G., Block, J., Callahan, L., Copenhaber, C., Dodge, C., Felson, D., Gellar, K., Harvey, W. F., Hawker, G., Herzig, E., Kwoh, C. K., Nelson, A. E., Samuels, J., Scanzello, C., White, D., Wise, B., ... Reston, J. (2020). 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation guideline for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care & Research*, 72(2), 149-162. <https://doi.org/10.1002/acr.24131>
- Øiestad, B. E., Juhl, C. B., Eitzen, I., & Thorlund, J. B. (2015). Knee extensor muscle weakness is a risk factor for development of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 23(2), 171-177. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2014.10.008>
- Prentice-Dunn, S., & Ronald W. Rogers, R. W. (1986). Protection motivation theory and preventive health: Beyond the health belief model. *Health Education Research*, 1(3), 153-161. <https://doi.org/10.1093/her/1.3.153>
- Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2010). Epidemiology of osteoarthritis. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26(3), 355-369. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2010.03.001>
- World Health Organization. (2022, 14 July). *Musculoskeletal conditions*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>

ความพร้อมในการเป็นผู้มีพฤติกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่อีสาน: การวิจัยแบบผสมวิธี

สาคร อินทโธ, * กัลยารัตน์ เมธากันันท์, พย.ม.**

ภาสินี ไทอินทร์, * ณรงค์ คำอ่อน, พย.ม.**

พัฒน์ ศรีโอษฐ์, พย.ม.,** วชิรศักดิ์ อภิพัฒนกุล, บธ.ม.**

Received: September 11, 2025

Revised: April 20, 2026

Accepted: April 20, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมในการเป็นผู้มีพฤติกรรมและอธิบายความหมายภาวะพฤติกรรมตามมุมมองของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่อีสาน กลุ่มตัวอย่างการศึกษาเชิงปริมาณคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ชุมชนพื้นที่อีสาน จำนวน 78 คน และการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้สูงอายุที่มีบทบาททางวัฒนธรรมในชุมชน จำนวน 30 คน เลือกโดยวิธีเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติและวิธีการบอกต่อเครื่องมือในการศึกษาเชิงปริมาณคือ แบบประเมินความพร้อมในการเป็นผู้มีพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 1) และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของครอนบาร์ค ($\alpha = 0.91$) การศึกษาเชิงคุณภาพใช้การสนทนากลุ่มโดยมีคำถามกึ่งโครงสร้างและการบันทึกภาคสนาม ได้ดัชนีความตรงเท่ากับ 0.89 ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพร้อมของภาวะพฤติกรรมในระดับมากครบทั้ง 3 ด้าน ร้อยละ 42.31 รองลงมาคือมีความพร้อมระดับมาก 2 ด้าน ร้อยละ 39.74 มีความพร้อมระดับมาก 1 ด้าน ร้อยละ 15.38 และผู้สูงอายุที่ไม่มีความพร้อมในระดับมากทั้ง 3 ด้าน คิดเป็น ร้อยละ 2.57 ความหมายของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ ปรับตัวตามภาวะสุขภาพพึ่งพาตนเอง มีกิจกรรมสม่ำเสมอ และรักษาวินัยวัฒนธรรมประเพณี ผลการศึกษาเสนอว่า การส่งเสริมภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุควรดำเนินการบนฐานวัฒนธรรมชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนและบทบาททางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความมั่นคงและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: พฤติกรรม การเตรียมความพร้อม ผู้สูงอายุ ชุมชนพื้นที่

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: s_intolo@yahoo.co.th

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น

Readiness for Active Aging among Older Adults in Local Isan Communities:
A Mixed Methods Research

Sakorn Intolo, Ph.D.,* Kunlayarat Methaapinunt, M.N.S.**
Pasinee Toin, Ph.D.,** Narong Kam-on, M.N.S.**
Phatanee Srioad, M.N.S.,** Wachirasak Aphiphatkan, M.B.A.**

Abstract

This mixed-methods research aimed to examine the readiness for active aging and to explain the meaning of active aging from the perspectives of older adults in the local Isan communities. The quantitative sample consisted of 78 older adults residing in Isan local communities. For the qualitative part, the key informants were 30 older adults who played cultural roles within their communities. Participants were purposively selected based on specific criteria and the snowball technique. The instrument for quantitative data collection was the Active Aging Readiness Assessment for Older Adults, which had been validated for content validity (CVI = 1) and demonstrated high reliability (Cronbach's α = 0.91). For qualitative data, focus group discussions were conducted using semi-structured questions and field notes, with a content validity index of 0.89. Descriptive statistics were used for quantitative analysis, and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that 42.31% of older adults demonstrated readiness in all three dimensions of active aging. Another 39.74% showed high readiness in two dimensions, 15.38% in one dimension, and 2.57% of participants did not show high readiness in any of the three dimensions. The perception of active aging among older adults encompassed four components: adaptation to health conditions, self-reliance, participation in regular activities, and preservation of cultural traditions. The study suggests that preparing for active aging should be based on sociocultural community context, utilizing community participation and the cultural roles of elderly people as key mechanisms to enhance the security and quality of life of the older.

Keywords: Active aging, Readiness, Older adult, Local Isan communities

* Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen; Corresponding Author E-mail: s_intolo@yahoo.co.th

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

บทนำ

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของทุกประเทศทั่วโลกได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ทำให้ทุกประเทศต้องเตรียมความพร้อมด้านการพัฒนาระบบที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับสถานการณ์ตามนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพและพึ่งพาตนเองให้ยาวนานที่สุด (สุตา วงศ์สวัสดิ์, 2559) การกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ของประเทศไทยภายในเวลารวดเร็วจึงส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในหลายๆ ด้าน โดยการดำเนินงานเพื่อเตรียมพร้อมรองรับปัญหาจากผลกระทบจึงมุ่งเน้นการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนแบบบูรณาการเพื่อให้ประชาชนทุกช่วงวัยโดยเฉพาะประชากรสูงอายุนับเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ สภาพแวดล้อม การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีและนวัตกรรมอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม อันจะทำให้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า พึ่งพาตนเองได้ มีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์สังคมและมีหลักประกันที่มั่นคงไปจนบั้นปลายของชีวิต (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562)

พลวัตพลัง (active aging) ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างโอกาสที่เหมาะสมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและการอยู่ดีมีสุขเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) การส่งเสริมให้ มีสุขภาพที่ดี (healthy) 2) การส่งเสริมให้มีความมั่นคงหรือการมีหลักประกันในชีวิต (security) 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วม (participation) (World Health Organization [WHO], 2002) แนวคิดนี้เป็นเป้าหมายนโยบายของชาติที่มุ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้เป็นหลักการสำคัญในการเตรียมความพร้อมของประชาชนก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยด้านค่านิยม และความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาการศึกษาความหมาย ความสำคัญและองค์ประกอบของพลวัตพลังในเชิงปริมาณเป็นหลัก (Thanakwang et al., 2014; พินิจ ฟ้าอำนวย, 2563) มีการศึกษาเชิงคุณภาพแต่เป็นการอธิบายมุมมองของผู้สูงอายุตามองค์ประกอบหลักตามแนวคิดของพลวัตพลัง (Wongsala et al., 2021) แต่ยังไม่ชัดเจนถึงความเข้าใจเชิงความหมายจากมุมมองผู้สูงอายุในบริบทวัฒนธรรมพื้นถิ่นซึ่งอาจส่งผลต่อการมีพลวัตพลังของผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพจึงควรคำนึงถึงความสอดคล้องกับวิถีทางวัฒนธรรมของชุมชนที่เป็นถิ่นฐานที่ผู้สูงอายุ (มะยูรี วงศ์วานกลม, 2563) เพราะมุมมองความเชื่อ คตินิยมที่สอดคล้องตามขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมดั้งเดิม และการมีบทบาททางวัฒนธรรมถือเป็นประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุในการปรับตัว และดำเนินชีวิตภายใต้บริบทเชิงวัฒนธรรมของชุมชนพื้นถิ่นเพื่อให้การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและมีพลวัตพลัง

ชุมชนบ้านเซินเหนือ ตำบลโนนคอม อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดขอนแก่น เป็นชุมชนสังคมผู้สูงอายุเป็นพื้นที่ที่มีวัฒนธรรมพื้นถิ่นที่มีเอกลักษณ์และคงวิถีชุมชนดั้งเดิมเอาไว้ได้อย่างชัดเจน และยังได้รับการส่งเสริมให้เป็นพื้นที่การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมของจังหวัดขอนแก่นในปัจจุบัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีพลวัตพลังและศึกษามุมมองการให้ความหมายของภาวะพลวัตพลังของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นถิ่น ผลการศึกษาครั้งนี้จะนำไปสู่การกำหนดแนวทางเพื่อส่งเสริมพลวัตพลังและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้วัฒนธรรมของชุมชนพื้นถิ่นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความพร้อมในการเป็นผู้มีพลวัตพลังของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นถิ่นอีสาน
2. อธิบายความหมายภาวะพลวัตพลังตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นถิ่นอีสาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดพหุพลัง (active aging) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) อธิบายถึงการเพิ่มโอกาสในการมีสุขภาพที่ดี ทั้งในมิติสุขภาพ (health) มิติการมีส่วนร่วม (participation) และมิติความมั่นคง (security) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความสุข มีความเป็นอิสระ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ จะต้องเน้นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เน้นการมีส่วนร่วมในสังคม ตามความต้องการของผู้สูงอายุ มีการป้องกันอันตรายและการดูแลที่เหมาะสมเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ตามบริบทและวัฒนธรรมดั้งเดิมของผู้สูงอายุ มีการผสมผสานความรู้ด้านสุขภาพแนวใหม่ เพื่อให้ทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ในปัจจุบัน ผู้วิจัยใช้แนวคิดนี้เป็นแนวทางในการศึกษาความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีพหุพลังและศึกษามุมมองการให้ความหมายของภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นถิ่น ซึ่งการศึกษาโดยการทำความเข้าใจมุมมองของผู้สูงอายุภายใต้บริบทเชิงวัฒนธรรมของพื้นถิ่นจะเป็นประโยชน์สำหรับการออกแบบแนวทางในการส่งเสริมพหุพลังของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมได้ชัดเจน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยรูปแบบผสมผสาน (mixed method) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีพหุพลัง โดยใช้แบบสอบถาม ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนพื้นถิ่นคือ บ้านเขินเหนือ ตำบลโนนคอม อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น ในระหว่างเดือนมีนาคม- มิถุนายน 2567 จำนวนทั้งหมด 97 คน โดยศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้สูงอายุของตำบลภูพาน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนพื้นถิ่นคือ บ้านเขินเหนือ ตำบลโนนคอม อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น ในระหว่างเดือนมีนาคม- มิถุนายน 2567

เกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1) เป็นผู้สูงอายุเพศชายหรือเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่ศึกษาช่วงเดือนมีนาคม- มิถุนายน 2567

2) อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่ศึกษา อย่างน้อย 5 ปี

3) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ชัดเจน

4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจตลอดระยะเวลาศึกษา

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1) ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในช่วงที่ลงศึกษาได้ เช่น ไม่อยู่บ้าน

2) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูลขณะศึกษา

3) มีความประสงค์ขอยกออกจากกระบวนการวิจัยในระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูล

การคำนวณโดยใช้สูตรของ Yamane (1973)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

จากสูตร

n คือ กลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดกลุ่มประชากร 97 คน

e คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (เท่ากับ 0.05)

จากการคำนวณ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ เท่ากับ 78 คน

หลังจากผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวน 78 คน จากนั้นได้ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากจากรายชื่อผู้สูงอายุทั้งหมด 97 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยคือ แบบประเมินความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน จำนวนข้อคำถาม 40 ข้อ ได้แก่ 1) ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ 2) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมิน active ageing index สำหรับผู้สูงอายุไทย (พินิจ พ้าอานวย, 2563) โดยปรับจำนวนข้อลดลงเป็นจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วยคำถามประเมินความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพใน 3 ด้านคือ 1) คำถามความพร้อมด้านสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวม 42 คะแนน 2) คำถามความพร้อมด้านการมีส่วนร่วม จำนวน 5 ข้อ คะแนนรวม 12 คะแนน และ 3) คำถามความพร้อมด้านความมั่นคง จำนวน 5 ข้อ คะแนนรวม 12 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ออกเป็น 4 ระดับคือ 1) ความพร้อมระดับมากคือ ผลการประเมินความพร้อม ได้คะแนนร้อยละ 76-100 ของคะแนนรวมในแต่ละด้าน 2) ความพร้อมระดับปานกลางคือ ผลการประเมินความพร้อม ได้คะแนนร้อยละ 51-75 ของคะแนนรวมในแต่ละด้าน 3) ความพร้อมระดับน้อยคือ ผลการประเมินความพร้อม ได้คะแนนร้อยละ 26-50 ของคะแนนรวมในแต่ละด้าน และไม่มีความพร้อม หมายถึง ผลการประเมินความพร้อม ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 26 ของคะแนนรวมในแต่ละด้าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวัฒนธรรม 1 คน เพื่อประเมินความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากนั้นแก้ไขตามเสนอแนะ และรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 1 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ตำบลภูผาม่าน อำเภอภูผาม่าน ซึ่งมีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค ได้ค่าเท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) เพื่อหาความหมายภาวะผลลัพธ์ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่ถิ่นอีสาน

ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้สูงอายุที่มีบทบาททางวัฒนธรรมในชุมชน จำนวน 30 คน เลือกโดยวิธีเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ (purposive sampling) และวิธีการบอกต่อ (snow ball) โดยเป็นผู้สูงอายุมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ศึกษาต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี มีบทบาททางวัฒนธรรมและประเพณีประจำปีของชุมชนอย่างต่อเนื่อง และมีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยทำการสนทนากลุ่ม พื้นที่ละ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน ใช้เวลา 60 นาที

ผู้ให้ข้อมูลรองคือ สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุหรือหรือผู้ดูแลหลัก ผู้นำชุมชน และผู้นำทางวัฒนธรรมของชุมชน จำนวน 20 คน โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ศึกษาต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี มีประสบการณ์ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรมและประเพณีประจำปีของชุมชน และมีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยทำการสนทนากลุ่ม พื้นที่ละ 1 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ใช้เวลา 60 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยคือ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม โดยมุ่งเน้นการค้นหาความหมายภาวะพลวัตพลังตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นถิ่นอีสาน โดยเป็นคำถามนำ และคำถามเจาะประเด็น ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวัฒนธรรม 1 คน เพื่อความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแนวคำถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity: CVI) เท่ากับ 0.85 ก่อนนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตัวอย่างคำถามนำ

“คำว่า พลวัตพลัง ความหมายตามการรับรู้ของท่านคืออะไร”

“การจะเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ตามความเข้าใจของท่าน ผู้สูงอายุควรมีคุณสมบัติอย่างไร หรือมีแนวทางการปฏิบัติอย่างไร”

ตัวอย่างคำถามเจาะประเด็น

“ช่วยอธิบายเพื่อขยายความ ในประเด็น.....ว่า ตามมุมมองของท่านเป็นอย่างไร”

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) (Ryan & Bernard, 2003) เริ่มจากจัดเตรียมข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ โดยทำการถอดเทปการสนทนากลุ่ม แบบคำต่อคำ (verbatim transcriptions) กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย กำหนดรหัสข้อความ (coding) จัดหมวดหมู่ข้อมูลเป็นหัวข้อใหญ่ (categories) หัวข้อย่อย (subcategory) นำเสนอผลการวิจัยภายใต้หัวข้อตามที่ตีความได้ และนำข้อมูลคำพูดของผู้ให้ข้อมูลมาประกอบ โดยไม่เปิดเผยชื่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2567 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น โดยก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยจัดเตรียมความพร้อม โดยการจัดประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับการดำเนินโครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พร้อมลงนามรับรองความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ศึกษาโดยยึดตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก

ความเข้มงวดในการศึกษา (rigorous)

ผู้วิจัย ดำเนินการ ดังนี้

ด้านผู้วิจัย ผู้วิจัยผู้ที่มีประสบการณ์ผ่านการฝึกทักษะการทำวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ และมีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพ ช่วยให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ มีความไวเชิงวัฒนธรรม โดยสามารถพูดและฟังภาษาถิ่นได้ในระดับดีมาก นอกจากนั้นมีทีมวิจัยเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพ ช่วยให้ทีมผู้วิจัยเข้าถึงชุมชนและสร้างความไว้วางใจในการเก็บข้อมูลได้อย่างดี

ด้านข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยการเก็บข้อมูลหลายวิธี การคืนข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจทานความหมาย ก่อนนำมาสรุปและตีความ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง ‘การสังเคราะห์ระบบการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุให้มีศักยภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในบริบทชุมชนพื้นที่ถิ่นอีสาน’ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น (IRB-BCNKK-01-2024) ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 มีการชี้แจงวัตถุประสงค์และผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อนทุกครั้ง รวมทั้งแจ้งสิทธิในถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อที่ต้องการ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ความพร้อมในการเป็นผู้มีศักยภาพของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่ถิ่นอีสาน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษครั้งนี้สำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างจากที่คำนวณได้ 78 คน เก็บรวบรวมได้ตามจำนวน 78 คน และนำมาวิเคราะห์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 ผู้สูงอายุอยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 52.56 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 39.74 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 51.28 รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 44.87 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 67.95 ไม่ประกอบอาชีพแล้ว ร้อยละ 51.28 ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือลูก ร้อยละ 57.69 สถานสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1-2 โรค ร้อยละ 71.80 มีบทบาทด้านวัฒนธรรมพบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมโดยการเป็นผู้ร่วมกิจกรรม ร้อยละ 83.33 ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=78)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	13 (16.67)
หญิง	65 (83.33)
อายุ	
60-69 ปี	31 (39.74)
70-79 ปี	47 (52.56)
80 ปี ขึ้นไป	6 (7.69)
สถานภาพ	
โสด	3 (3.85)
คู่	40 (51.28)
หม้าย/หย่า/แยก	35 (44.87)
สถานะการทำงาน	
ยังทำงาน	40 (51.28)
ไม่ทำงานแล้ว	38 (48.72)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ดูแลหลัก	
ไม่มี	13 (16.67)
คู่สมรส	7 (8.97)
ลูก	45 (57.69)
หลาน	13 (16.67)
สถานะสุขภาพ	
ไม่มีโรค	20 (25.64)
1-2 โรค	56 (71.80)
3-4 โรค	2 (2.56)
บทบาทด้านวัฒนธรรม	
ไม่มีบทบาท	4 (5.13)
ผู้ร่วม	65 (83.33)
ผู้นำกิจกรรม	6 (7.69)
ไม่มี	13 (16.67)
คู่สมรส	7 (8.97)
ลูก	45 (57.69)
หลาน	13 (16.67)
สถานะสุขภาพ	
ไม่มีโรค	20 (25.64)
1-2 โรค	56 (71.80)
3-4 โรค	2 (2.56)
บทบาทด้านวัฒนธรรม	
ไม่มีบทบาท	4 (5.13)
ผู้ร่วม	65 (83.33)
ผู้นำกิจกรรม	6 (7.69)
แกนนำ	3 (3.85)

2. ความพร้อมในการเป็นผู้มีพฤติกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่อีสาน

ผลการศึกษาความพร้อมโดยภาพรวมตามองค์ประกอบแนวคิดพฤติกรรม ทั้ง 3 ด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีความพร้อมในระดับมากทั้ง 3 ด้าน มีจำนวน 33 คิดเป็นร้อยละ 42.31 ผู้สูงอายุมีความพร้อมในระดับมาก 2 ด้าน มีจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 39.74 ผู้สูงอายุมีความพร้อมในระดับมาก 1 ด้าน มีจำนวน 12 คิดเป็นร้อยละ 15.38 และผู้สูงอายุไม่มีความพร้อมในระดับมากในแต่ละด้าน มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.57 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

แสดงผลการประเมินพร้อมในการเป็นผู้มีพฤติกรรมของผู้สูงอายุในภาพรวมทั้ง 3 ด้าน (สุขภาวะ การมีส่วนร่วม หลักประกันความมั่นคง) (n=78)

ความพร้อมในการเป็นผู้มีพฤติกรรมของผู้สูงอายุ	ความถี่	ร้อยละ
พร้อมในระดับมาก 3 ด้าน	33	42.31
พร้อมในระดับมาก 2 ด้าน จาก 3 ด้าน	31	39.74
พร้อมในระดับมาก 1 ด้าน จาก 3 ด้าน	12	15.38
ไม่มีความพร้อมในระดับมาก ทั้ง 3 ด้าน	2	2.57

เมื่อพิจารณาความพร้อมในการเป็นผู้มีพฤติกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่ถิ่นอีสาน แยกรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีความพร้อมในแต่ละด้าน ดังนี้ 1) ความพร้อมด้านสุขภาวะ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมระดับมาก ร้อยละ 66.67 2) ความพร้อมด้านการมีส่วนร่วมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมระดับมาก ร้อยละ 78.20 3) ความพร้อมด้านความมั่นคงพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมระดับมาก ร้อยละ 76.92 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

แสดงผลการประเมินพร้อมในการเป็นผู้มีพฤติกรรมของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน (n=78)

ความพร้อม	ความถี่	ร้อยละ
ด้านสุขภาวะ		
ความพร้อมระดับมาก (34-42 คะแนน)	52	66.67
ความพร้อมระดับปานกลาง (26-33 คะแนน)	25	32.05
ความพร้อมระดับน้อย (18-25 คะแนน)	1	1.28
ด้านการมีส่วนร่วม		
ความพร้อมระดับมาก (10-12 คะแนน)	61	78.20
ความพร้อมระดับปานกลาง (7-9 คะแนน)	14	17.95
ความพร้อมระดับน้อย (4-6 คะแนน)	3	3.85
ด้านความมั่นคง		
ความพร้อมระดับมาก (10-12 คะแนน)	60	76.92
ความพร้อมระดับปานกลาง (7-9 คะแนน)	18	23.08
ความพร้อมระดับน้อย (4-6 คะแนน)	0	0.00

3. ความหมายภาวะพฤติกรรมตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่ถิ่นอีสาน

การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจ ความหมายภาวะพฤติกรรมตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่ถิ่นอีสาน ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ผลการวิเคราะห์เนื้อหาสามารถจัดเป็นกลุ่มองค์ประกอบได้ 4 หมวดหมู่คือ 1) ปรับตัวตามภาวะสุขภาพ 2) พึ่งพาตนเอง 3) มีกิจกรรมสม่ำเสมอ และ 4) รักษาวัฒนธรรม ดังนี้

1) ปรับตัวตามภาวะสุขภาพ

ผู้สูงอายุมองว่าการที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตได้นั้น ต้องเริ่มจากการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เข้าใจความเป็นไปของสิ่งที่เกิดขึ้นและปรับบทบาทของตนเองให้อยู่ได้ ทนได้กับสิ่งที่ไม่เหมือนเดิม เมื่ออายุมากจะคาดหวังให้สุขภาพดีขึ้นแต่คงเป็นไปไม่ได้ แต่จะอยู่อย่างไร กินอย่างไรตามวิถีการดำเนินชีวิตภายใต้บริบทของวัฒนธรรมของ

ชุมชน ตามปฏิบัติตัวอย่างไรให้ตนเองไม่ทุกข์จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และเรียนรู้ที่จะเผชิญกับความไม่แน่นอนของสุขภาพ ถ้าทำได้อาจมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในประเด็นการปรับตัวตามภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุได้ระบุถึงประเด็นการปรับตัวตามภาวะสุขภาพ จากข้อมูลการสนทนากลุ่มบางส่วน ดังนี้

“ปรับตัวตามสภาพตามอายุที่มากขึ้น มันมีโอกาสเจ็บป่วยได้อยู่แล้ว ถ้าเจ็บป่วยถึงขั้นต้องไปรักษาไปหาหมอ ก็สามารถไปเองได้ หรือถ้าไปไม่ไหวก็ต้องหาทางให้ตัวเองเข้าถึงการรักษา เช่น โทรเรียกคนช่วย หรือเรียกรถพยาบาลเองได้” (OP-FM2)

“อายุเพิ่มขึ้น โรคภัยก็เริ่มถามหา เป็นหลายโรคก็หลายโรค ต้องใส่ใจควบคุมอาการไม่ให้รุนแรง ถ้าเราไม่ใส่ใจควบคุมมันก็จะยังมีปัญหาอื่น ๆ ตามมาอีก สังเกตว่าคนที่เขาสามารถพึ่งตนเองได้ เขาจะดูแลตัวเองดี ไม่กินสะเปะสะปะ เวลาหมอนัดก็ไปตามนัด กินผัก กินปลา กินยาตามหมอบอก ไม่หยุดยาหรือเพิ่มยาเอง”(OP-FM5)

“ควบคุมการกิน อาหารการกินตามวิถีประเพณีวัฒนธรรม คั่วเนื้อคั่วปลา กินผักที่เราปลูกเอง ปลอดภัย”(OP-FM1)

2) พึ่งพาตนเอง

ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการคงไว้ซึ่งการพึ่งพาตนเอง โดยมองว่าการที่ต้องพึ่งพาคนอื่นเป็นการลดทอนคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง ทำให้มองว่าตนเองอ่อนแอ ไม่มีศักยภาพ ดังนั้นการที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ สิ่งสำคัญคือการได้ทำอะไรด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนชีวิตประจำวัน การทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การทำกิจกรรมต่าง ๆ อีกทั้งการสามารถเลือกกิจกรรมที่ตนเองชอบและทำได้ด้วยตนเองจะส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกภูมิใจและมีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความหมายของการพึ่งพาตนเอง ผู้สูงอายุได้ระบุถึงการกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีรายได้จากการทำงาน ดังนี้

“การมีพลังในตนเอง ต้องเริ่มจากการพึ่งพาตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน กินได้ ขับถ่ายสะดวก ไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง และทำในกิจกรรมที่ต้องการทำได้” (OP-M2)

“ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะต้องการเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในสิ่งที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน ซึ่งต้องเป็นรายได้ที่ได้มาจากการทำงาน ไม่ใช่จากคนอื่นเอาให้หรือจากเบี้ยยังชีพรายเดือนเท่านั้น” (OP-M5)

3) มีกิจกรรมสม่ำเสมอ

ผู้สูงอายุสะท้อนมุมมองเกี่ยวกับความสำคัญของการมีกิจกรรมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้มีสุขภาพจิตดีจากการได้พบปะกับผู้อื่น และเป็นการส่งเสริมการพึ่งพาอาศัยกันของคนในชุมชน โดยในประเด็นนี้ ผู้สูงอายุได้ให้ความสำคัญกับการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว การร่วมกิจกรรมทางสังคมและวัฒนธรรม จากผลการสัมภาษณ์บางส่วน ดังนี้

“ผู้สูงอายุควรจะต้องทำกิจกรรมร่วมกับลูกหลานสม่ำเสมอ ไม่แยกตัวเองออกมาคนเดียว ลูกหลานก็ต้องเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดการสถานการณ์ภายในครอบครัว” (OP-FM15)

“ไปวัดเกือบทุกวันถ้าไม่ติดขัดอะไร ช่วงเข้าพรรษาจะไปปฏิบัติธรรมจำศีลเป็นประจำ ทำแล้วรู้สึกสบายใจดี ศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวใจให้เรายากทำความดี” (OP-FM20)

“งานบุญตามขนบธรรมเนียมประเพณี ฮีตสิบสองคองสิบสี่ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะให้ความสำคัญ เพราะถือว่าเป็นวิถีทางวัฒนธรรมที่ต้องคงเอาไว้ให้ลูกหลานได้เห็นเป็นแบบอย่างที่ดี ผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรมบ่อย ๆ ส่วนใหญ่จะสุขภาพจิตดี และเป็นที่เคารพของคนรุ่นหลัง” (OP-M1)

4) รักษาวัฒนธรรมประเพณี

ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการรักษาวัฒนธรรมประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชน เพราะเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิตตั้งแต่เกิดและเติบโตมาจนถึงวัยสูงอายุ โดยเชื่อว่าการปฏิบัติตนตามขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชนมาโดยตลอด ทำให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ที่จะถ่ายทอดให้กับคนรุ่นหลังได้ และเป็นที่เคารพยอมรับของผู้อื่น การรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีที่ดีงามไว้จึงเป็นแบบอย่างที่ดีและสร้างคุณค่าให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งประเด็นรักษาขนบธรรมเนียมประเพณี ผู้สูงอายุได้ระบุถึงบทบาทของผู้สูงอายุด้านผู้รู้ทางวัฒนธรรม และผู้นำทางวัฒนธรรม จากข้อมูลการสัมภาษณ์บางส่วน ดังนี้

“งานบุญตามฮีตสิบสองคองสิบสี่ เป็นการปฏิบัติตามประเพณีวัฒนธรรมของชุมชน ผู้สูงอายุในชุมชนเป็นผู้รู้ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงเป็นผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และสำคัญในการดำเนินกิจกรรมด้านขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชน” (OP-FM19)

“ผู้ที่นำปฏิบัติได้ในเรื่องที่ขนบธรรมเนียมประเพณีส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ ซึ่งหากขาดกลุ่มนี้ไป ขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชนคงเลือนหายไปด้วย ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงเป็นผู้ทรงคุณค่าในชุมชน เพราะเป็นต้นแบบที่ดีในด้านการถ่ายทอดอัตลักษณ์ด้านขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชน” (OP-FM11)

อภิปรายผล

ผลการประเมินความพร้อมในการเป็นผู้มีศักยภาพของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นถิ่นอีสานภาพรวมสะท้อนได้ว่า ผู้สูงอายุยังมีความพร้อมไม่เพียงพอเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 ยังมีความพร้อมไม่ครอบคลุมครบในทุกด้านตามแนวคิดภาวะพลัดพราก และเมื่อพิจารณาความพร้อมในแต่ละด้านพบว่า ด้านสุขภาวะมีความพร้อมน้อยที่สุด ทั้งนี้ด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงผู้สูงอายุวัยกลางคือ อายุ 70-79 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างร่างกายในทางเสื่อมถอยที่ชัดเจน โดยด้านสุขภาวะคือองค์รวมของการดูแลสุขภาพในทุกมิติ กระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันทั้งด้านสุขภาพกาย จิต อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ สุขภาวะจึงเป็นองค์ประกอบในสามองค์ประกอบหลักของแนวคิดพลัดพราก ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีสุขภาวะย่อมจะนำไปสู่การมีส่วนร่วม และความมั่นคงในชีวิตต่อไป (มาสรีน ศุกลักษ์ และกรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, 2560) โดยภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพอย่างน้อย 1-2 โรค จึงสะท้อนถึงกระทบจากความเปราะบางด้านร่างกายต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ง่าย และการมีข้อจำกัดด้านร่างกาย จึงส่งผลให้ความพร้อมด้านสุขภาวะของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับความพร้อมด้านอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของชัยวัฒน์ อ่อนโธสง และคณะ (2563) ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ที่พบว่า ความพร้อมด้านสุขภาพดี มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาระดับภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุชุมชนผู้สูงอายุในสภาพปัจจุบันที่พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะพลัดพรากอยู่ในระดับปานกลาง โดยระดับภาวะพลัดพรากในด้านสุขภาพดีที่สุด (ฐานญา สมภู และคณิต เขียววิชัย, 2562) และการศึกษาพลัดพรากของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดชัยนาทภายใต้บริบทพื้นที่เขตภาคกลางของประเทศไทยที่พบว่า สุขภาวะแบบพลัดพรากโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก (ชุดิมา มาลัย และคณะ, 2567) ผลการศึกษาสะท้อนถึงระดับของภาวะพลัดพรากในผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันจากตามบริบททางสังคม วัฒนธรรมและคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ทั้งนี้พื้นที่ศึกษาเป็นชุมชนพื้นถิ่นอีสานที่ยังคงวัฒนธรรมดั้งเดิมของชุมชน ความคิดความเชื่อของผู้สูงอายุมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ อีกทั้งส่วนใหญ่ของ

กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนกลาง มีโรคร่วม 1-2 โรคขึ้นไป และไม่ทำงานแล้ว จึงส่งผลต่อภาวะ พฤติพลังในองค์ประกอบด้านการมีสุขภาวะและด้านความมั่นคง

ด้านการมีส่วนร่วมผู้สูงอายุมีความพร้อมมากที่สุด และใกล้เคียงกับความพร้อมด้านความมั่นคง ปลอดภัย โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมในบทบาทด้านวัฒนธรรม โดยเป็นผู้ร่วมกิจกรรม ผู้นำในการประกอบกิจกรรม และเป็นแกนนำในการสืบสานประเพณีของชุมชน ซึ่งวัฒนธรรมประเพณี ที่เกี่ยวข้องกับศาสนาเชื่อทางศาสนามีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตภายใต้วัฒนธรรมชุมชนและเกี่ยวข้องกับบทบาท ทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งนับว่าปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ (ภัทรพรรณ ทำดี, 2560) โดยการส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว เชื่อมโยงทั้งบทบาทด้านสังคมและวัฒนธรรม จะเป็นการ ส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน (วิสุทธิณี ธาณิรัตน์, 2565) ในขณะเดียวกันลักษณะทางวัฒนธรรมของ ชุมชนมีผู้สูงอายุที่เป็นแรงพลังผลักดันในการขับเคลื่อนวัฒนธรรมประเพณีให้ดำรงไว้และสืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น (นวรรตน์ นิธิชัยอนันต์ และสุริย์ฉาย สุกันธรัตน์, 2565) การส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุด้านการสืบทอด วัฒนธรรมประเพณีของชุมชนจึงเป็นการส่งเสริมความมีคุณค่าของผู้สูงอายุและยังเป็นเสริมสร้างพลัง ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมตามแนวคิดพฤติกรรมพลัง (WHO, 2002) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรสคู่ แม้ว่าจะ มีสถานะภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก ใกล้เคียงกัน แต่ภาพรวมส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นลูกหลาน และอาศัย อยู่กับครอบครัวของลูกหลาน ความผูกพันและสายความสัมพันธ์อันเครือญาติส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึก มั่นคงปลอดภัย (ภัทรพรรณ ทำดี, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 ยังประกอบอาชีพ ยังสามารถพึ่งพาตนเองได้ในทางเศรษฐกิจ และยังคงไว้ซึ่งเครือข่ายทางสังคมมีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ซึ่งส่งผลให้มีความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคม และมีผลต่อความรู้สึกผูกพัน ความเคารพนับถือและ การยอมรับในบทบาทและคุณค่าของผู้สูงอายุและส่งผลต่อความสุขในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา เงื่อนไต่เพื่อต่อการส่งเสริมการเข้าสู่การสูงวัยอย่างมีศักยภาพของผู้สูงอายุที่ระบุว่า ผู้สูงอายุมีส่วนสำคัญ ในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การเป็นบุคคลที่ได้รับการเคารพและการยอมรับของคนในชุมชน จะช่วย ให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้และอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้อย่างมั่นคง (ภัทรพรรณ ทำดี, 2560)

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายความหมายภาวะพฤติกรรมพลังตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในชุมชน พื้นที่อีสาน สะท้อนถึงความสำคัญของบริบทของวัฒนธรรมที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตของภาวะพฤติกรรมพลังที่ สะท้อนออกมาสามารถจัดองค์ประกอบ ได้ 4 องค์ประกอบที่มีความเกี่ยวเนื่องกับบริบทวัฒนธรรมของชุมชน ได้แก่ 1) ปรับตัวตามภาวะสุขภาพ ความหมายในประเด็นนี้มุ่งเน้นการปรับตัว ปรับพฤติกรรมสุขภาพภายใต้ สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุถึงการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้บริบทชุมชน สภาพแวดล้อมที่สามารถเอื้ออำนวยการอาศัยอยู่กับคนในครอบครัว สังคมที่คุ้นเคย ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ มีความสุข ในการดำเนินชีวิตในถิ่นที่อยู่อาศัยที่เป็นชุมชนดั้งเดิมของตนเอง (วัลย์พร วรพรพงษ์ และคณะ, 2563) 2) พึ่งพาตนเอง ความหมายในองค์ประกอบนี้ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (Thanakwang, K, 2014) การมีรายได้ที่เกิดจาก ความสามารถในการทำงานของผู้สูงอายุ สะท้อนได้ถึงการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ต้องมีสมรรถนะด้านร่างกายและการบริหารจัดการ ไม่ใช่ว่าผู้สูงอายุทุกคนจะมีพฤติกรรม สอดคล้องกับข้อมูล ทั่วไปของผู้สูงอายุในชุมชนที่พบว่า มากกว่าร้อยละ 48.72 ไม่ทำงานแล้ว และผลการประเมินความพร้อม ในการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพฤติกรรมพลังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมครบทั้ง 3 ด้าน มีเพียงร้อยละ 42.31 เท่านั้น การพึ่งพาตนเองจึงเป็นความหมายที่สะท้อนถึงคุณภาพของการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุได้ชัดเจน 3) มีกิจกรรมสม่ำเสมอ มุมมองของผู้สูงอายุสะท้อนว่าผู้สูงอายุต้องยังคงต้องทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ทั้งการทำ

กิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและการร่วมกิจกรรมทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งจะช่วยให้อารมณ์ดีและสุขภาพดี และความรักใคร่ผูกพันกับผู้อื่น อันจะนำไปสู่การเกื้อกูลกัน และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับ ทฤษฎีกิจกรรมที่ระบุว่า การปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจ ทั้งกิจกรรมทำร่วมกับบุคคล สังคม หรือชุมชน จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต และสอดคล้องกับดัชนีพฤติกรรมของผู้สูงอายุไทย ที่ระบุถึงองค์ประกอบของด้านการมีส่วนร่วมที่เน้นการทำ กิจกรรมทางสังคม ในประเด็นการมีส่วนร่วมที่ระบุถึงเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมของ หมู่บ้าน/ชุมชน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2560) 4) การรักษา วัฒนธรรมประเพณี ผู้สูงอายุเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้รู้และผู้นำทางวัฒนธรรม การเป็นแบบอย่างที่ดี ในการสืบทอดวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นที่ยอมรับและเป็นที่เคารพของคนทุกวัยในชุมชน ในขณะที่เดียวกันถือเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ มีคุณค่าในตนเองจากการที่สามารถทำสิ่งที่ เป็นประโยชน์กับผู้อื่นในสังคม (เบญจมาศ ยศเสนา, 2559)

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สะท้อนถึงความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพหรือมีพฤติกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่อีสาน ยังไม่ครอบคลุมตามองค์ประกอบที่สำคัญของแนวคิดพฤติกรรมของ องค์การอนามัยโลกทั้ง 3 ประการ คือ 1) การส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี (healthy) 2) การส่งเสริมให้มีความ มั่นคงหรือการมีหลักประกันในชีวิต (security) 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วม (participation) และเมื่อศึกษา มุมมองการให้ความหมายพฤติกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่อีสาน มีการอธิบายองค์ประกอบไปในแนวทาง เดียวกันกับแนวคิดพฤติกรรมขององค์การอนามัยโลก แต่มีประเด็นการให้ความหมายในเชิงการให้คุณค่าของ ผู้สูงอายุด้านบทบาททางวัฒนธรรมคือ การรักษาวัฒนธรรมประเพณีเพิ่มเติม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ พบว่า ความพร้อมด้านการมีส่วนร่วมมีจำนวนมากที่สุด สะท้อนถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรม มีความสำคัญในการส่งเสริมภาวะพฤติกรรมในผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับการดำเนินชีวิตใน การดูแลสุขภาพได้อย่างสมดุล (ภาวดี ทะไกรราช และคณะ, 2559) อย่างไรก็ตามความพร้อมด้านสุขภาพที่มี ความพร้อมในระดับน้อยที่สุดสะท้อนได้ว่า ผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่อีสานส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุ ตอนกลาง ซึ่งมีแนวโน้มของความเปราะบางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และส่วนใหญ่ไม่ทำงานแล้ว จึงอาจส่งผลต่อ ความพร้อมในด้านความมั่นคง ในประเด็นที่สอดคล้องกันได้ เช่น การประกอบอาชีพ การมีรายได้ การพึ่งพา คนอื่นได้ด้วยเช่นกัน จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่อีสานมีแนวโน้มอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งอาจมีผลเชื่อมโยง จากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ดังนั้นในการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มี คุณภาพหรือมีพฤติกรรม ผู้ที่ส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายจึงต้องคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ที่จะช่วยส่งเสริมความพร้อมด้านต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การพัฒนาระบบ สาธารณูปโภคให้เหมาะสมกับพื้นที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยภายใต้บริบทวัฒนธรรม การส่งเสริมบทบาททางวัฒนธรรม เพื่อส่งเสริมกลุ่มอาชีพหรือการสร้างรายได้จากการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม การส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นต้น โดยการดำเนินภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้นำชุมชนควรส่งเสริมการสร้างอาชีพสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมทางสังคมและการส่งเสริมบทบาทด้านวัฒนธรรมซึ่งผู้สูงอายุ เช่น การสร้างกลุ่มอาชีพในการประดิษฐ์ศิลปหัตถกรรมที่สอดคล้องกับประเพณีของท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมรายได้ให้กับผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจะช่วยเพิ่มความพร้อมด้านการมีส่วนร่วมและด้านความมั่นคงตามองค์ประกอบของแนวคิดพหุพลัง

2. บุคลากรสุขภาพในชุมชนควรกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมเพื่อเป็นการสร้างเสริมความพร้อมด้านสุขภาพตามองค์ประกอบของแนวคิดพหุพลัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยและพัฒนากระบวนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการส่งเสริมพหุพลังของผู้สูงอายุในบริบทวัฒนธรรมอีสาน

กิตติกรรมประกาศ

ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม หรือกองทุนส่งเสริม ววน. ประจำปีงบประมาณ 2567

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580)*.

https://www.dop.go.th/download/laws/th1653553501-843_0.pdf

กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *ดัชนีพหุพลังผู้สูงอายุไทย (active ageing index of Thai elderly)*. เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น.

ชัยวัฒน์ อ่อนโธสง, กัลยรัตน์ ศรีกล้า, สุริรัตน์ สีนันต์, และวรรณภา พรหมศวร. (2563). การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 53-62.

ชุดิมา มาลัย, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์, อธิพล ดวงจินดา, และอัศนี วันชัย. (2567). การมีสุขภาวะแบบพหุพลังของผู้สูงอายุไทยในสังคมสูงวัย: การศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่จังหวัดชัยนาทภายใต้บริบทพื้นที่เขตภาคกลางของประเทศไทย. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 16(1), 1-20.

ฐานญา สมภู, และคณิต เขียววิชัย. (2562). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภาวะพหุพลังของชมรมผู้สูงอายุไทย. *วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์*, 12(1), 35-45.

นวรรตน์ นิธิชัยนันต์, และสุริย์ฉาย สุคันธรัตน์. (2565). การเสริมสร้างพหุพลังผู้สูงอายุด้านวัฒนธรรมในบุญประเพณีสงกรานต์อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ*, 4(1), 87-106.

เบญจมาศ ยศเสนา. (2559). การเห็นคุณค่าผู้สูงอายุ. *วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 9(1), 1-14.

พินิจ ฟาอำนวยผล. (2563). *รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะ active ageing สำหรับผู้สูงอายุไทย*. มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ.

ภัทรพรรณ ทำติ. (2560). ตัวตน สังคม วัฒนธรรม: เงื่อนไขสู่การสูงวัยอย่างมีศักยภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสังคมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 47(2), 109-132.

- ภาวดี ทะไกรราช, และคณะ. (2558). การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างยั่งยืนในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์*, 7(1), 39-61.
- มะยูรี วงศ์กานกลม. (2561). ภูมิปัญญาบ้านในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสังคมวัฒนธรรมอีสาน. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม*, 140-148.
- มาสริน ศุกลปักษ์, และกรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. (2560). องค์ประกอบด้านสุขภาพตามแนวคิดสภาวะพลัมของของผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(ฉบับพิเศษ), 53-63.
- วัลย์พร วรพรพงษ์, วรพนิต ศุกระแพทย์, และวลัยนารี พรหมลา. (2563). ผู้สูงวัยในถิ่น. *วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 6(2), 540-549.
- วิสุทธิณี ชานีรัตน์. (2565). ความต้องการการเรียนรู้สู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีพลัมของของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง. *วารสารการบริหารท้องถิ่น*, 15(1), 79-96.
- สุดา วงศ์สวัสดิ์. (2559). พัฒนาผู้สูงวัยสู่ภาวะ "พลัมพลัม". *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 24(3), 202-207.
- Ryan, G. W., & Bernard, H. R. (2003). Techniques to identify themes. *Field Methods*, 15(1), 85-109. <https://doi.org/10.1177/1525822X02239569>
- Thanakwang, K., Isaramalai, S., & Hatthakit, U. (2014). Thai cultural understandings of active ageing from the perspectives of older adults: A qualitative study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 18(2), 152-165.
- Wongsala, M., Anbäcken, E. M., & Rosendahl, S. (2021). Active ageing-perspectives on health, participation, and security among older adults in northeastern Thailand - a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 21(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01981-2>
- World Health Organization. (2002). *Active aging: A policy framework*. World Health Organization.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis*. John Weather Hill.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน

นฤมล เปรมาสวัสดิ์, พย.ม.*
อารีรัตน์ เปสุงเนิน, พย.ม.*
ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, พย.ม.*
ณัฐฐินันท์ จันทรโณทัย, พย.ม.*
ดุชนันท์ ไตรยวงศ์, พย.ม.**

Received: September 15, 2025

Revised: April 22, 2026

Accepted: April 22, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความมั่นใจ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 70 คน สุ่มแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ระยะเวลา 8 สัปดาห์ และ 2) เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ ความมั่นใจ พฤติกรรมการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82, 0.83, 0.84 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test หรือ Fisher's exact test, paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความมั่นใจ พฤติกรรมการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .05$, $p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .05$ และ $p < .001$) อย่างไรก็ตามคะแนนความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ($p = .490$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและการให้ความรู้สามารถพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงดีขึ้น จึงควรส่งเสริมการนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้ในบริบทการดูแลระยะยาว

คำสำคัญ : ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: Dussadee@knc.ac.th

Effects of a Caregiver Capacity-Building Program on Caring for Bedridden Patients in the Community

Narumon Premmasawat, M.S.N.*

Areerat Pesungnoen, M.S.N.*

Chatthong Jarupisitpaiboon, M.S.N.*

Nattineeporn Chantaranothai, M.S.*

Dussadee Triyawong, M.S.H.**

Abstract

This quasi-experimental study, employing a two-group pre-test/post-test design, aimed to compare caregiver knowledge, confidence, caregiving behaviors, and the quality of life of bedridden patients between experimental and control groups. The sample comprised 70 caregivers, equally and randomly assigned to each group ($n = 35$). Research instruments included: 1) an 8-week nursing support and education program, and 2) assessment scales for knowledge, confidence, caregiving behavior, and patient quality of life, with Cronbach's alpha reliability coefficients of 0.82, 0.83, 0.84, and 0.92, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square or Fisher's exact tests, paired t-tests, and independent t-tests.

Results: Following the intervention, the experimental group showed significantly higher mean scores in knowledge, confidence, caregiving behavior, and patient quality of life compared to their pre-test scores (all $p < .05$). When comparing between groups, the experimental group demonstrated significantly higher scores in knowledge, caregiving behavior, and patient quality of life than the control group ($p < .05$ and $p < .001$). However, no significant difference was found in caregiving confidence between the two groups ($p = .490$). The results suggest that the capacity-building program effectively enhances caregivers' knowledge and behaviors, ultimately improving the quality of life for bedridden patients. Consequently, this program should be integrated into long-term care services within community settings.

Keywords: Bedridden patient caregivers, Caregiver development programs, Supportive and educational nursing systems

* Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; Corresponding Author E-mail: Dussadee@knc.ac.th

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก ขณะที่ประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณ 13 ล้านคน หรือร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าจะเพิ่มเป็น 19 ล้านคน สะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) โดยในปีพ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 20.06 มีอัตราพึ่งพิงร้อยละ 31.01 และสัดส่วนการเป็นภาระร้อยละ 54.57 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลต่อโครงสร้างครอบครัว เศรษฐกิจ และระบบสาธารณสุข เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงหรือการเป็นผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวโดยตรง

สำหรับจังหวัดนครราชสีมา มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 529,644 คน คิดเป็นร้อยละ 20.3 ของประชากรทั้งหมด และมีอัตราพึ่งพิงร้อยละ 31.2 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ข้อมูลการประเมินระหว่างปีพ.ศ. 2563–2566 พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มติดบ้านเพิ่มขึ้น และยังคงมีปัญหาติดเตียงอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การคัดกรองภาวะถดถอยยังพบความเสี่ยงในหลายด้าน เช่น การเคลื่อนไหว การมองเห็น และภาวะโภชนาการ

ในพื้นที่อำเภอเมืองและอำเภอลำทะเมนชัย พบผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงร้อยละ 0.24 และ 0.79 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2567) โดยผู้ป่วยบางรายมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อแข็ง แผลกดทับ และปัญหาการกลืนอาหาร ขณะที่ผู้ดูแลยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น อีกทั้งการจัดกิจกรรมอบรมในปัจจุบันยังไม่สามารถกระตุ้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลได้อย่างเพียงพอ ทำให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงยังคงเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เห็นได้ว่า มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงซึ่งมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองต่ำ หรือบางรายอาจมีความสามารถเพียงเล็กน้อย และมักประสบปัญหาเกี่ยวกับโรคประจำตัวที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะถดถอยของผู้สูงอายุเหล่านี้ส่งผลให้ภาระหน้าที่ในการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญต่อครอบครัว โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยติดเตียงซึ่งมักจะเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น เนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือสามารถทำได้เพียงบางส่วน มีภาวะที่พึ่งพิงด้านสุขภาพ มีปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ ภาวะกลืนลำบาก การกลืนที่ลำบากอาจนำไปสู่การสำลักได้ง่าย หรือการไอขณะรับประทานอาหาร ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในปอดและหลอดลม ภาวะที่มีการติดเชื้อที่ปอด ทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อบริเวณแผล การเคลื่อนไหวลำบาก กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อติดแข็ง มีความผิดปกติเกี่ยวกับการทรงตัว ภาวะท้องผูก อีกทั้งผู้สูงอายุอาจประสบกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไขมันในหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ (International Health Policy Program, Thailand, 2015)

ผู้สูงอายุติดเตียงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันตามระดับความรุนแรงของโรค อย่างไรก็ตามผู้ดูแลจำนวนมากยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการฝึกอบรม ขาดความรู้ ทักษะ และระบบติดตามที่ชัดเจน ส่งผลให้ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวทั้งทางร่างกายและจิตใจ (เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล และอดิพร สำราญบัว, 2567)

จากการศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงพบว่า มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เช่น การศึกษาของ ญัฐพร มีสุข และคณะ (2565) รายงานว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษฎี ไตรยวงศ์ (2562)

ซึ่งใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = .000) ทั้งนี้แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยติดเตียงตามบทบาทของพยาบาลสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎี การดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care theory) ซึ่งเน้นว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำการอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎี ความพร้อมในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) ผู้ป่วยติดเตียงมักไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็นหลัก ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ และพลังในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยโอเร็มเชื่อว่า มนุษย์มีศักยภาพในการดูแลและคงไว้ซึ่งภาวะ สุขภาพ หากผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุม และป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การนำแนวคิดทฤษฎีของโอเร็มมาใช้ร่วมกับระบบบริการการพยาบาลที่สนับสนุนการให้ความรู้ จะช่วยพัฒนาศักยภาพ ความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการดูแลและจัดการภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้เกิดความมั่นใจ สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และเลือกแนวทางการดูแลได้เหมาะสมกับตนเอง ผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วย ตามกระบวนการ 5 วิธี ได้แก่ การกระทำให้ หรือกระทำทดแทน ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การสอนเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถ การชี้แนะเพื่อกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจด้วยตนเอง การสนับสนุนในการกระทำที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพิ่มแรงจูงใจให้แก่ผู้ดูแลสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งจะมีส่วนทำให้เกิดความยั่งยืนในการดูแล สุขภาพของคนในชุมชน และส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ลดความพิการ ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการจ้างผู้ดูแลที่มีราคาสูง และสมาชิกในครอบครัวสามารถไปปฏิบัติหน้าที่ทำงานประจำได้เป็นปกติ และการพยาบาลนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ต้องให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ความมั่นใจในการดูแล และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยติด
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ความมั่นใจในการดูแล และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
4. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียงสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. หลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยติดเตียงสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

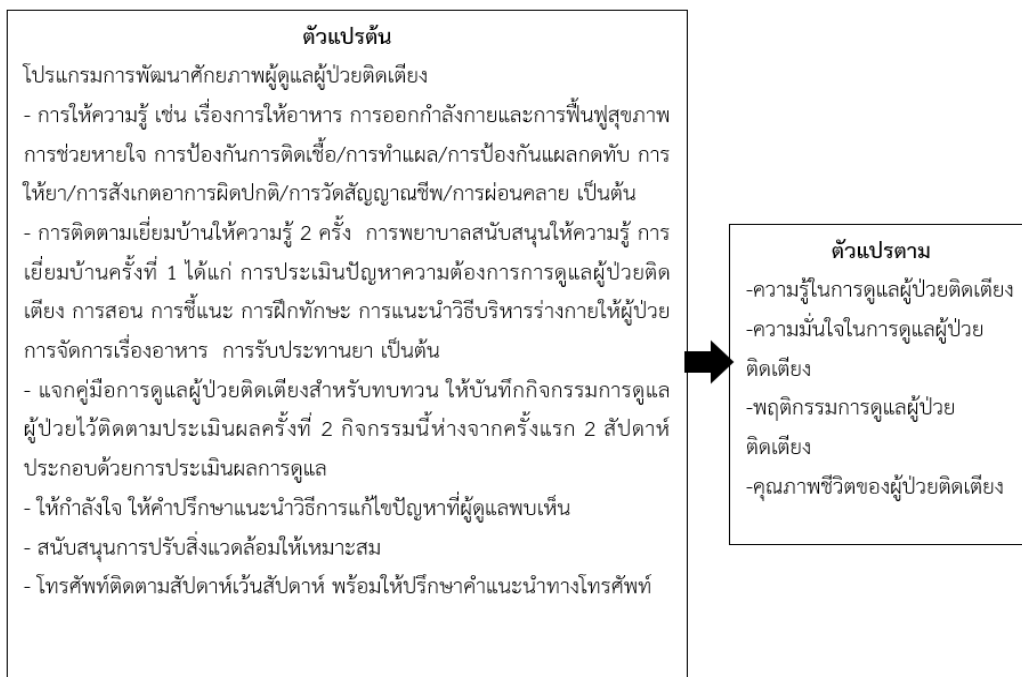
4. หลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem et al., 2001) โดยเน้นความสามารถของบุคคลที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองโดยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล ซึ่ง 3 ทฤษฎีนี้มีความสัมพันธ์กันแสดงให้เห็นถึงความพร้อม ความสามารถ และความต้องการในการดูแลตนเอง รวมถึงระบบการพยาบาลที่สนับสนุนให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความตั้งใจ โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพของตนเอง กระบวนการนี้แบ่งได้เป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นช่วงของการไตร่ตรองและตัดสินใจถึงสิ่งที่จะนำไปสู่พฤติกรรม ระยะที่ 2 เป็นช่วงของการลงมือทำ และสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำนั้น ทั้งนี้โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ การประเมินภาวะพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในด้านความรู้ ความมั่นใจ พฤติกรรมของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การให้ความรู้รายกลุ่มเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การติดตามเยี่ยมบ้าน และคู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเตียงสำหรับผู้ดูแล

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้รูปแบบการวิจัยแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ต่อความรู้ ความมั่นใจ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในงานวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยติดเตียง ที่อาศัยอยู่ที่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลขามทะเลสอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระฉอด ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 สวนพริกไทย จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ดูแลของโรงพยาบาลขามทะเลสอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระฉอด ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 สวนพริกไทย จังหวัดนครราชสีมา การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 โดยคำนวณจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) อ้างอิงขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ได้จากงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน คืองานวิจัยของ รณิดา สารวรจักษ์กุล และคณะ (2566) ซึ่งรายงานค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้านความสามารถของผู้ดูแลและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดังนี้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = 138.09 คะแนน ($SD = 11.04$) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 98.75 คะแนน ($SD = 21.78$) การคำนวณค่าขนาดอิทธิพลใช้สูตรของ Glass (1996) ซึ่งค่าขนาดอิทธิพล (d) เท่ากับ 1.80 จัดอยู่ในระดับอิทธิพลขนาดใหญ่ (large effect size) ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลสำหรับการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเป็น 0.70 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 33 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจากการติดตามหรือการถอนตัวระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม (drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 70 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 คนเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care deficit nursing theory) โดยนำไปใช้กับกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ส่วน ประกอบด้วย

1) การให้ความรู้รายกลุ่มในการให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงผ่านสื่อการสอนด้วยภาพจากแผ่นพลิค Power Point และ Video ผ่านการนำเสนอจาก YouTube จำนวน 2 ครั้ง ห่างกันสองสัปดาห์ กิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมิน (1) การประเมินภาวะพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ความรู้ ความมั่นใจ และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (2) การพยาบาลตามแบบแผนการสนับสนุนและให้ความรู้ โดยทบทวนและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน สาธิตการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยทางด้านการเคลื่อนไหว และแนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยติดเตียง และ (3) ทบทวนประเมินผลการช่วยเหลือผู้ป่วย และการปฏิบัติการณ์ผู้ดูแลของผู้ดูแล

2) การติดตามเยี่ยมบ้าน และเยี่ยมผ่านทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชัน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้ง โดยใช้เวลาประมาณ ไม่เกิน 30 นาทีต่อครั้ง กิจกรรมการพยาบาลคือ ติดตามอาการผู้ป่วย ติดตาม และส่งเสริมความมั่นใจของผู้ดูแล กระตุ้นและให้กำลังใจต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแล

3) รูปเล่มคู่มือการสอนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงสำหรับผู้ดูแล ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย ซึ่งเนื้อหาสำหรับ นำเสนอแนะนำผู้ดูแล ประกอบด้วย การดูแลให้อาหาร การออกกำลังกายแบบช่วยเคลื่อนไหวข้อต่อ การหายใจ การป้องกันแผลกดทับ เป็นต้น เนื้อหาที่นำเสนอผู้วิจัยมีการสืบค้นจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย มีความน่าเชื่อถือ ซึ่งผู้ดูแลสามารถเลือกศึกษาทบทวนความรู้จากคู่มือได้ตามวัน เวลา และสถานที่ได้ตามความสะดวก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของ รายได้ จำนวนผู้ดูแลเอง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การให้อาหาร การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสุขภาพ การช่วยหายใจ การป้องกัน การติดเชื้อ/การทำแผล/การป้องกันแผลกดทับ การให้ยา/การสังเกตอาการผิดปกติ/การวัดสัญญาณชีพ/ การผ่อนคลาย ข้อคำถามมีจำนวน 40 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่หรือไม่ใช่ ข้อคำถามมีทั้ง เชิงบวกและเชิงลบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในประเด็นต่อไปนี้ การให้อาหาร การออกกำลังกาย และการฟื้นฟูสุขภาพ การช่วยหายใจ การป้องกันการติดเชื้อ/การทำแผล/การป้องกันแผลกดทับ การให้ยา/ การสังเกตอาการผิดปกติ/การวัดสัญญาณชีพ/การผ่อนคลาย เป็นต้น จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรวัดชนิด ประเมินค่า 5 ระดับ มีการให้คะแนนแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน ตั้งแต่ 0-4 คะแนนตามระดับความมั่นใจจากน้อยไปมาก ส่วนข้อคำถามเชิงลบมีการให้คะแนนแบบผกผัน เพื่อควบคุมอคติในการตอบแบบสอบถาม โดยคะแนนรวมที่สูงสะท้อนถึงระดับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มากขึ้น

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 15 ข้อ คำถามเกี่ยวกับการให้อาหาร การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสุขภาพ การช่วยหายใจ การป้องกันการติดเชื้อ/การทำแผล/การป้องกันแผลกดทับ/การให้ยา/การสังเกตอาการผิดปกติ การวัดสัญญาณชีพ/การผ่อนคลาย เป็นมาตรวัดชนิดประเมินค่า 4 ระดับ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน ตั้งแต่ 0-3 คะแนน ตามความถี่ของการปฏิบัติ จากน้อยไปมาก ส่วนข้อคำถามเชิงลบมีการให้คะแนนแบบผกผัน ทั้งนี้คะแนนรวมที่สูงสะท้อนถึงระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่เหมาะสมมากขึ้น

2.2 ข้อมูลจากผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยคือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง โดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต (ส่วฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2545) จำนวน 26 ข้อ คำถามเป็นมาตรวัดชนิด ประเมินค่า 5 ระดับ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยข้อคำถามเชิงบวก

ให้คะแนนตั้งแต่ 1–5 คะแนน ตามระดับความรู้สึกจากน้อยไปมาก ส่วนข้อคำถามเชิงลบมีการให้คะแนนแบบผกผัน ทั้งนี้คะแนนรวมที่สูงสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการหาความตรงของเนื้อหา (content validity) และการหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ดังนี้

การหาความตรงของเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุน และการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความมั่นใจ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เครื่องมือได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านคือ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ ผลการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) ดังต่อไปนี้ ค่า CVI แบบประเมินความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย = 0.82 ค่า CVI แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง = 0.92 ค่า CVI แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วย = 0.80 และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นแบบวัดมาตรฐานจึงไม่นำมาหาค่า CVI

การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวัดที่ปรับแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ซึ่งเกณฑ์ค่าความเที่ยงของแบบวัดที่ยอมรับได้มีค่าเท่ากับ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1999) แบบประเมินความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย = 0.83 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง = 0.84 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยติดเตียง = 0.92 ส่วนแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder–Richardson formula 20: KR-20) ได้ค่า 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ประสานงานในการเก็บข้อมูล ติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้ประสาน เพื่อติดต่อกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวให้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อตอบรับเข้าร่วมวิจัย และนัดหมายกิจกรรม
2. กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน
3. กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลและการดูแลตามปกติ มีกิจกรรมประเมินความรู้ ความมั่นใจ พฤติกรรม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8
4. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง 8 สัปดาห์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

กิจกรรมตามโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล

ลำดับ ที่	กิจกรรม	ระยะเวลา
0	การเตรียมพร้อมก่อนเข้ารับโปรแกรม 1.สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูล 2.เชิญชวนผู้ดูแลเข้าร่วมโครงการวิจัย แสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 3.ขอเบอร์โทรศัพท์และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้	1 ชั่วโมง
1	ดำเนินกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรม 1. ประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและปัญหาการดูแลของผู้ดูแลจากการสอบถาม ประเมินความรู้เดิมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจากการสอบถาม 2. ประเมินตามแบบประเมินความรู้ ความมั่นใจ พฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยติดเตียงและ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงเพื่อค้นหาปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง 3. ทบทวนความรู้เดิม ประสพการณ์เดิมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงถึงการปฏิบัติดูแล ผู้ป่วยติดเตียง พร้อมให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ดูแลมีความพร่อง 4. รับฟังปัญหา ให้ผู้ดูแลบอกความรู้สึก ข้อเสนอแนะเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม	2 ชั่วโมง
3	1. สนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การให้อาหารทางสายให้อาหาร การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ปากฟัน การขับถ่าย การป้องกันแผลกดทับ การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ผ่านสื่อการสอน Power Point และ Video เพื่อให้เห็นภาพชัดเจนยิ่งขึ้น 2. ข้อมูลส่วนที่ผู้ดูแลไม่เข้าใจผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาเพิ่มเติม พร้อมทั้งอธิบาย ให้ความรู้ประกอบภาพพลิกเพื่อให้ผู้ดูแลเป็นรายบุคคลเห็นภาพได้ชัดเจน 3. สนับสนุนและให้กำลังใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล แลกเปลี่ยนความคิดเห็น รับฟังปัญหาและ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม บอกเล่าความรู้สึกและความต้องการ	2 ชั่วโมง
5	การคงไว้ซึ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ดูแล 1. ประเมินความก้าวหน้าในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลและค้นหาปัญหาที่ ยังคงเหลืออยู่จากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงหลังจากที่ได้รับความรู้และคำปรึกษาเมื่อสัปดาห์ที่ 3 ไปแล้ว 2. ให้ความรู้เพิ่มเติมจากสิ่งที่ผู้ดูแลมีความพร่องในการดูแลผู้ป่วยและสาธิตการดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการให้อาหาร การดูแลแผลกดทับ การจัดสิ่งแวดล้อม การช่วยในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันให้กับผู้ป่วยโดยใช้ภาพพลิกและคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยจัดทำ 3. สาธิตเกี่ยวกับการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง และให้ผู้ดูแล สาธิตย้อนกลับ และมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเตียงสำหรับผู้ดูแลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นไว้ให้ ผู้ดูแลได้ศึกษาทบทวนความรู้เพิ่มเติมหากยังจดจำได้ไม่ครบ 5. แนะนำและช่วยปรับสิ่งแวดล้อมให้ผู้ดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการขั้นพื้นฐาน และ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ 6. แนะนำและให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์และแนวทางการฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ดูแลและญาติได้ ตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง 7. เสริมแรงทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เหมาะสมและให้ กำลังใจผู้ดูแลเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง	2 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลำดับ ที่	กิจกรรม	ระยะเวลา
7	กิจกรรมเยี่ยมบ้านและให้ความรู้เพิ่มเติม 1. ติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พุดคุยสอบถาม ปัญหาที่ยังคงหลงเหลืออยู่ 2. ให้ความรู้และสาธิตเพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้อาหาร สาธิตการออกกำลังกายบริหารร่างกาย เพื่อป้องกันข้อติดแข็งโดยใช้แผ่นฟลิกเพื่อให้เห็นภาพชัดเจนมากขึ้น 3. กระตุ้นผู้ดูแลและญาติพร้อมให้ข้อเสนอแนะ ให้กำลังใจเสริมสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติ ดูแลผู้ป่วยได้ เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง	2 ชั่วโมง
2, 4, 6	ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์	5-10 นาที
8	ประเมินผลการทดลองด้วยแบบสัมภาษณ์แบบโครงสร้างจากผู้ดูแล ได้แก่ แบบประเมิน ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง แบบประเมินความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยติดเตียง	1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและระดับของตัวแปรที่ศึกษา สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับเปรียบเทียบข้อมูลเชิงกลุ่ม paired t-test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังการทดลอง independent t-test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ดำเนินการขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา หมายเลขที่โครงการวิจัย NRPH 181 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ซึ่งเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นได้ดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินโครงการวิจัย ซึ่งแจ้งรายละเอียดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนรับรู้สิทธิของการเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้ดูแลลงนามในหนังสือยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย และสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามความต้องการ ซึ่งแจ้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะปิดเป็นความลับ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (กลุ่มทดลองร้อยละ 91.43 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 94.29) อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 56.37 ปี ($SD = 7.55$) และกลุ่มเปรียบเทียบ 57.57 ปี ($SD = 9.21$) ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ สมรส (กลุ่มทดลองร้อยละ 48.57 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 60.00) สำหรับระดับการศึกษา กลุ่มทดลองพบมากที่สุด ประถมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 31.43 เท่ากัน) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบมากที่สุด มัธยมศึกษา

ตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 31.43) ในด้านอาชีพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 25.71) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบมากที่สุด รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 34.29) รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ และค้าขาย (ร้อยละ 20.00 และ 22.86 ตามลำดับ) สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 12,423.43 บาท ($SD = 9,536.45$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ย 17,005.71 บาท ($SD = 11,800$) โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000-50,000 บาท (ร้อยละ 74.29) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 51.43)

ผลการวิเคราะห์ทางสถิติด้วย Chi-square test, Fisher's exact test และ independent t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (N = 35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.436 ^b
ชาย	3	8.57	2	5.71	
หญิง	32	91.43	33	94.29	
อายุ (ปี)					.429 ^c
น้อยกว่า 40	2	5.71	-	-	
40-49	4	11.43	6	17.14	
50-59	13	37.14	18	51.43	
>60	16	45.71	11	31.43	
	(M = 56.37, SD = 7.55, Min = 42, Max = 72)		(M = 57.57, SD = 9.21, Min = 32, Max = 72)		
สถานภาพ					.422 ^a
โสด	6	17.14	8	22.86	
หม้าย	8	22.86	4	11.43	
สมรส	17	48.57	21	60.00	
หย่า/แยก	4	11.43	2	5.71	
ระดับการศึกษา					.415 ^a
ประถมศึกษาต้น	11	31.43	5	14.29	
ประถมศึกษาปลาย	6	17.14	8	22.86	
มัธยมศึกษาต้น	3	8.57	7	20.00	
มัธยมศึกษาปลาย/ปวช.	11	31.43	11	31.43	
ปวส./อนุปริญญา	1	2.86	3	8.57	
ปริญญาตรี	3	8.57	1	2.86	
อาชีพ					.422 ^a
เกษตรกร	4	11.43	8	22.86	
ค้าขาย	7	20.00	8	22.86	
รับจ้างทั่วไป	9	25.71	12	34.29	
รับราชการ	1	2.86	-	-	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	40.00	7	20.00	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (N = 35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					.444 ^b
<10,000	9	25.71	18	51.43	
10,00-50,000	26	74.29	17	48.57	
	M = 12,423.43, SD = 9,536.45, Min = 2,000, Max = 40,000		M = 17,005.71, SD = 11,800, Min = 3,000, Max = 50,000		

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงก่อนการทดลองเท่ากับ 37.63 คะแนน ($SD = 3.62$) และเพิ่มขึ้นเป็น 40.17 คะแนน ($SD = 1.10$) หลังการทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.54 คะแนน (95% CI [1.32, 3.77], $p < .001$) แสดงว่าคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 38.49 คะแนน ($SD = 2.19$) และเพิ่มขึ้นเป็น 38.97 คะแนน ($SD = 3.27$) โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.48 คะแนน (95% CI [-0.68, 1.65], $p = .403$) ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (paired t-test)

กลุ่ม	ช่วงเวลา	M	SD	Mean diff (95% CI)	p-value
กลุ่มทดลอง (n=35)	ก่อน	37.63	3.62	2.54 (1.32, 3.77)	<.001*
	หลัง	40.17	1.10		
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)	ก่อน	38.49	2.19	0.49 (-0.68, 1.65)	.403
	หลัง	38.97	3.27		

* $p < .05$

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเท่ากับ 37.63 คะแนน ($SD = 3.62$) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 38.49 คะแนน ($SD = 2.19$) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน -0.86 คะแนน (95% CI: -2.29 ถึง 0.57, $p = .235$) ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเท่ากับ 40.17 คะแนน ($SD = 1.10$) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 38.97 คะแนน ($SD = 3.27$) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 1.20 คะแนน (95% CI: 0.02 ถึง 2.38, $p = .043$) แสดงว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (independent t-test)

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean diff (95% CI)	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง (n =35)	37.63	3.62	38.49	2.19	-0.86 (-2.29, 0.57)	.235
หลังการทดลอง (n = 35)	40.17	1.10	38.97	3.27	1.20 (0.02, 2.38)	.043*

* $p < .05$

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้นจาก 42.97 คะแนน ($SD = 10.71$) เป็น 48.11 คะแนน ($SD = 6.95$) โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.14 คะแนน (95% CI [0.70, 9.58], $p = .022$) แสดงว่า มีความมั่นใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.54 คะแนน (95% CI [-1.84, 6.92], $p = .249$) ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (paired t-test)

กลุ่ม	ช่วงเวลา	M	SD	Mean diff (95% CI)	p - value
กลุ่มทดลอง (n=35)	ก่อน	42.97	10.71	5.14 (0.70, 9.58)	.022*
	หลัง	48.11	6.95		
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)	ก่อน	44.03	8.78	2.54 (-1.84, 6.92)	.249
	หลัง	46.57	11.16		

* $p < .05$

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้นจาก 42.97 คะแนน ($SD = 10.71$) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 44.03 คะแนน ($SD = 8.78$) มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 1.06 คะแนน (95% CI [-6.12, 4.00], $p = .653$) ซึ่งไม่พบความแตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง 48.11 คะแนน ($SD = 6.95$) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 46.57 คะแนน ($SD = 11.16$) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่าง 1.54 คะแนน (95% CI [-2.90 ถึง 5.98], $p = .490$) ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (independent t-test)

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean diff (95% CI)	p - value
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง (n = 35)	42.97	10.71	44.03	8.78	1.06 (-6.12, 4.00)	.653
หลังการทดลอง (n = 35)	48.11	6.95	46.57	11.16	1.54 (-2.90, 5.98)	.490

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองพบว่าผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.97 ($SD = 7.41$) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 40.00 ($SD = 3.80$) โดยมีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้น 6.03 คะแนน (95% CI [3.87, 8.19], $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเท่ากับ 35.71 ($SD = 9.20$) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 36.77 ($SD = 8.70$) โดยพบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนไม่แตกต่างกัน (95% CI [-3.32, 5.44], $p = .631$) ดังแสดงตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (Paired t-test)

กลุ่ม	ช่วงเวลา	M	SD	Mean diff (95% CI)	p - value
กลุ่มทดลอง (n=35)	ก่อน	33.97	7.41	6.03 (3.87, 8.19)	<.001*
	หลัง	40.00	3.80		
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)	ก่อน	35.71	9.20	1.06 (-3.32, 5.44)	.631
	หลัง	36.77	8.70		

* $p < .05$

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเท่ากับ 33.97 คะแนน ($SD = 7.41$) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 35.71 คะแนน ($SD = 9.20$) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน -1.74 คะแนน (95% CI: -5.73 ถึง 2.24, $p = .386$) ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 40.00 คะแนน ($SD = 3.80$) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 36.77 คะแนน ($SD = 8.70$) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 3.23 คะแนน (95% CI: 0.03 ถึง 6.43, $p = .048$) แสดงว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (independent t-test)

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean diff (95% CI)	p - value
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง (n=35)	33.97	7.41	35.71	9.20	-1.74 (-5.73, 2.24)	.386
หลังการทดลอง (n=35)	40.00	3.80	36.77	8.70	3.23 (0.03, 6.43)	.048*

* $p < .05$

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้นจาก 75.29 คะแนน ($SD = 13.65$) เป็น 118.83 คะแนน ($SD = 7.39$) โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 43.54 คะแนน (95% CI [38.61, 48.47], $p < .001$) แสดงว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงจาก 71.14 คะแนน ($SD = 13.70$) เป็น 70.97 คะแนน ($SD = 11.82$) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน -0.17 คะแนน (95% CI [-5.68, 5.34], $p = .953$) ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (paired t-test)

กลุ่ม	ช่วงเวลา	M	SD	Mean diff (95% CI)	p - value
กลุ่มทดลอง (n=35)	ก่อน	75.29	13.65	43.54 (38.61, 48.47)	<.001*
	หลัง	118.83	7.39		
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)	ก่อน	71.14	13.70	-0.17 (-5.68, 5.34)	.953
	หลัง	70.97	11.82		

* $p < .05$

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงเท่ากับ 75.29 คะแนน ($SD = 13.65$) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 71.14 คะแนน ($SD = 13.70$) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 4.14 คะแนน (95% CI [-2.38, 10.67], $p = .209$) ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 118.83 คะแนน ($SD = 7.39$) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 70.97 คะแนน ($SD = 11.82$) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 47.86 คะแนน (95% CI [43.59, 52.13], $p < .001$) แสดงว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตามตารางที่ 10

ตารางที่ 10

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (Independent t-test)

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean diff (95% CI)	p - value
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง (n=35)	75.29	13.65	71.14	13.70	4.14 (-2.38, 10.67)	.209
หลังการทดลอง (n=35)	118.83	7.39	70.97	11.82	47.86 (43.59, 52.13)	<.001*

* $p < .05$

อภิปรายผล

ผลศึกษาพบว่าหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference= 2.54, 95% CI =1.32 to 3.77; $p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference= 1.20, 95% CI =0.02 to 2.38; $p = .043$) สอดคล้องกับ สมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem et al., 2001) ประกอบไปด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม โดยมีการประเมินสภาพปัญหา ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงถึงความพร้อม ในการดูแลผู้ป่วย ได้มีการให้ความรู้ในการดูแลเกี่ยวกับการให้อาหาร การออกกำลังกาย การป้องกัน การติดเชื้อ การให้ยาและการสังเกตอาการที่ผิดปกติ เป็นต้น โดยมีการให้ความรู้ผ่านสื่อการเรียนการสอน แผ่นภาพพลิก ผ่านสื่อการสอน Power Point และ Video ที่ทำให้เข้าใจง่าย เห็นภาพชัดเจน สดใส และสอดคล้องย้อนกลับการออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ได้ทดลองทำจริง เห็นภาพชัดเจนจดจำได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Kell et. al. (2019) ได้ทำการทดลองชนิดแบบสุ่ม และมีกลุ่มควบคุม ในผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดา ในการลดใช้ในบุตรพบว่า สื่อการสอนประเภทภาพประกอบ หรือสื่อวีดิทัศน์ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้และทำให้จดจำได้ง่าย นอกจากนี้ในโปรแกรมยังได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเตียงสำหรับผู้ดูแล ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของวิลลีย์ วโรฟาร และคณะ (2568) ที่ทำการศึกษาลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะไข้โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ ความรู้สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-12.692, p<.05$) และสอดคล้องกับผลการศึกษานของ ชนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล (2562) พบว่า โปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ด้วยกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้านและการช่วยเหลือเบื้องต้นช่วยให้มีค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.050$)

การศึกษาพบว่า หลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference= 5.14, 95% CI =0.70 to 9.58; $p = .022$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจหลังการทดลองเพิ่มขึ้น แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference= 2.54, 95% CI =-1.84 to 6.92; $p = .249$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 เนื่องจากมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจที่เพิ่มสูงขึ้นหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬาวรี ชัยวงศ์นาคพันธ์ (2560) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการสนับสนุนเป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ ได้มีกิจกรรมการให้ความรู้ เสริมทักษะการดูแล เพิ่มเติมสิ่งที่ขาดและมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง เปิดโอกาสให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหาและความต้องการจึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นและเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะหลังการทดลอง พบกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนที่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่เมื่อเทียบทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจไม่แตกต่างกัน (mean difference= 1.54, 95% CI =-2.90 to 5.98; $p = .490$) อธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลจะได้รับการพยาบาล สนับสนุนการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ จะส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (2001) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลจะมีความมั่นใจต้องอาศัยจากการประเมินความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย และความสามารถจากการได้รับความรู้ การสังเกตประสบการณ์ จึงจะทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย แต่ในทางกลับกันยังสามารถพบปัจจัยที่ไม่ทำให้ความมั่นใจเพิ่มขึ้น จากการสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้ข้อมูลว่า ผู้ดูแลขาดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงมาก่อน ไม่ทราบว่าจะต้องอาบอาบน้ำนึ่งเตียง ให้อาหาร พาออกกำลังกาย อย่างไร และขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจที่จะดูแลผู้อื่น และสามารถส่งผลต่อการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Siabani et. al., 2013) และสนับสนุนกับแนวคิดของ Sullivan & Decker (2005) ที่กล่าวไว้ว่า หากผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยใหม่ หรือผู้ดูแลรายใหม่ที่ไม่เคยผ่านการดูแลผู้ป่วยมาก่อน ทำให้ญาติขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ และขาดความมั่นใจในการดูแลได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นการพยาบาลระบบสนับสนุนของทฤษฎีโอเร็มในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล จะเป็นเสมือนสิ่งที่เติมเต็มให้มีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

การศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของกลุ่มทดลองพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 6.03, 95% CI = 3.87 to 8.19; p -value < .001) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 3.23, 95% CI = 0.03 to 6.43; p = .048) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ซึ่งอธิบายได้ว่า ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เกิดจากโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง วิเคราะห์รายชื่อของกลุ่มทดลองพบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและการปฏิบัติเพิ่มขึ้นในทุกข้อหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย เช่น กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนให้ความรู้ ให้คำชี้แนะ ให้คำปรึกษา สนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียง สาธิต และสาธิตย้อนกลับ การออกกำลังกาย การป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามความเหมาะสมและความต้องการของตนเองและครอบครัว ซึ่งโปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบเป็นโปรแกรมตามแนวคิดของโอเร็ม เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตามความจำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ สนิท และคณะ (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการโดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยมีระยะดำเนินการวิจัย 3 สัปดาห์ พบว่า หลังการทดลองด้วยโปรแกรม ผู้ดูแลมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z = 3.061, p = .002)

การศึกษาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 43.54, 95% CI = 38.61 to 48.47; p < .001) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 47.86, 95% CI = 43.59 to 52.13; p < .001) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 อธิบายได้ว่า ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ส่งผลต่อคุณภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงทั้งเรื่องการให้ความรู้ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการดูแล การให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยเพื่อทบทวนความรู้ความจำ การติดตามให้ปรึกษาทางโทรศัพท์ และการติดตามเยี่ยมบ้าน สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความรู้ มีความมั่นใจ มีพฤติกรรมและทักษะการปฏิบัติดูแลในการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดีอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมให้มีความเป็นอยู่ที่ดีตามสภาพและการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ เทียมแสน และคณะ (2567) พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด สูงกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สรุปได้ว่า ประเด็นสมรรถนะสำคัญที่ผู้ดูแลสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำเป็นต้องมีคือ มีความจำเป็นต้องมีความรู้ มีความเข้าใจในการดูแล จึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Department of Health, 2020) อีกทั้งระบบการดูแลในครอบครัว บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแล จึงจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยและผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (จรัญญา วงษ์พรหม และคณะ, 2558) หากมีแนวทางในการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ได้แก่ การให้ความรู้ พัฒนาความสามารถจะช่วยเหลือภาระในการดูแลของผู้ดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ (Corry et. al., 2015)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลชุมชนหรือพยาบาลกลุ่มงานปฐมภูมิ สามารถนำรูปแบบโปรแกรมการพัฒนาผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ในประเด็นของกิจกรรมให้ความรู้ ให้คำชี้แนะสนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อม การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ไปใช้ในการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถ และทักษะการปฏิบัติในการดูแลได้อย่างเหมาะสม
2. ด้านการบริหาร เสนอแนะให้ผู้บริหารจัดการอบรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความมั่นใจและมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. ด้านการศึกษา สถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรทางด้านสาธารณสุข สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนสำหรับการศึกษาคอร์สเวิร์ และบริบทของชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว ช่วงระยะเวลา 1 ปี เพื่อติดตามถึงผลลัพธ์ของความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไปเพื่อความยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ขอขอบคุณการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม หรือ กองทุนส่งเสริม ววน. เพื่อสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund) ประจำปีงบประมาณ 2567

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2565). *สังคมผู้สูงอายุใน ปัจจุบัน และเศรษฐกิจในประเทศไทย*. สืบค้น 10 มีนาคม 2568, จาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=12&id=2521
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถิติผู้สูงอายุไทย ปี 2565*. <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962>
- ชนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล. (2562). ประสิทธิภาพโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 2(2), 26-37.
- จรัญญา วงษ์พรหม, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, นวลฉวี ประเสริฐสุข, และนิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2558). การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 8(3), 41-54.
- จุฬารีย์ ชัยวงศ์นาคพันธ์, ศิริภาณุจน์ จินาวิณ, และวราภรณ์ ยศทวี. (2560). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความเครียดและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(3), 203-217.
- ณัฐพร มีสุข, วรณัญศิชา ททรัพย์ประเสริฐ, เจนจิรา ทองทับทิม, ดวงลดา บุญประเสริฐ, ธนัญญา ขวัญเมือง, บุพชาติ แสงทอง, ภูมิภาส กัณทรักษ์, สรัญญา หอมสกุล, และประวีตร ต้นแก้ว. (2565). ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 14(2), 92-106.

- ดวงใจ สนิท, อาภาวรรณ หนูคง, ทศนี ประสพกิตติคุณ, และอรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์. (2558). ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 22(1), 60–81.
- ดุชนิ ไตรยวงศ์. (2562). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ดูแล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพวรรณ เทียมแสน, ปรียาภรณ์ วรรณตอน, และวรรณ นันไชย. (2567). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 11(1), e266875.
- เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล, และอดิพร สำราญบัว. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันปอดอักเสบในผู้สูงอายุติดเตียง ในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 30(2), 75-96.
- รณิดา สารวรงค์กูร, ทิพย์ทัศน์ ชินตาปัญญากุล, และเกสรี เลิศประไพ. (2566). ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความสามารถของผู้ดูแลและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 15(1), 87-100.
- วิมลวัลย์ วโรหาร, ดวงใจ ลิ้มโตโสภณ, ศรีสุดา สมัดชัย, และพัชรณัฐ ฤทธิธรรณกันต์. (2568). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลต่อความรู้และความสามารถในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 36(1), 97-110.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 9. (2567). *รายงานมาตรฐานสุขภาพระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC)*.
<https://hdc.moph.go.th/nma/public/standard-report-detail/09cfff7e4661c662416772d2b0a291df>
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะรังกุล. (2545). *เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. <https://dmh.go.th/test/whoqol/>
- Corry, M., While, A., Neenan, K., & Smith, V. (2015). A systematic review of systematic reviews on interventions for caregivers of people with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 718–733. <https://doi.org/10.1111/jan.12523>
- Department of Health. (2020). *Manual of guideline for care manager curriculum*. Sanjan Publishing Co. Ltd.
- Glass, G. V. (1996). *Statistical methods in education and psychology* [Review of the book *Statistical methods in education and psychology*, by G. V. Glass]. *PsycCRITIQUES*, 41(12), 1224. <https://doi.org/10.1037/004514>
- International Health Policy Program, Thailand. (2015). *Report on the burden of diseases and injuries of the Thai population 2013*. International Health Policy Program, Thailand.

- Kelly, M., Sahm, L., McCarthy, S., O'Sullivan, R., Mc Gillicuddy, A., & Shiely, F. (2019). Randomised controlled trial of an intervention to improve parental knowledge and management practices of fever. *BMC Pediatrics*, 19(1), 447.
<https://doi.org/10.1186/s12887-019-1808-9>
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). Mosby Year Book.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Lippincott.
- Siabani, S., Leeder, S. R., & Davidson, P. M. (2013). Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: A meta-synthesis of qualitative studies. *SpringerPlus*, 2, 320.
<https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-320>
- Sullivan, E. J., & Decker, P. J. (2005). *Effective leadership & management in nursing* (6th ed.). Pearson/Prentice Hall.

ประสิทธิผลของนวัตกรรม “การประเมินความพึงพอใจด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” ของผู้รับบริการ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

กัญญาภักดิ์ นวนหนักแน่น, ส.บ.*

เพ็ญพิทักษ์ คิตสม, ส.บ.,* ยุทธนา แยกคาย, ส.ด.**

วิชัย เทียนถาวร, พ.บ.,ปร.ด.,*** ภิญญาพัชญ์ พุฒจ้อย, พท.บ.****

นภา ทองกิจ, ส.ม.*****

Received: June 18, 2025

Revised: April 21, 2026

Accepted: April 22, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดศึกษากลุ่มเดียว วัดหลายครั้งแบบอนุกรมเวลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมการประเมินความพึงพอใจด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สีของผู้รับบริการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 42 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ 3 ครั้ง โดยมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ เท่ากับ 0.72, 0.84 และ 0.94 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Friedman test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.8 อายุเฉลี่ย 57.74 ± 14.00 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.4 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 57.2 ประกอบอาชีพข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 45.2 และรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย $27,542.62 \pm 13,770.40$ บาท เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบว่า ครั้งที่ 1-3 กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับไม่แตกต่างกัน ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 กรณีสับมาตรฐานของคะแนนให้เท่ากัน พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจ 7 ระดับสูงกว่าความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 4 ระดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นควรส่งเสริมการใช้การประเมินความพึงพอใจแบบ 7 ระดับ ร่วมกับนวัตกรรมปิงปองจราจรชีวิตในหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มความสะดวกในการจำแนกระดับความพึงพอใจ และควรมีการศึกษาขยายผลในบริบทต่อไป

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ นวัตกรรม ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี

* นักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: yutthanaya@scphpl.ac.th

*** อธิการบดี สถาบันพระบรมราชชนก

**** อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***** เภสัชกรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Effectiveness of Innovation to Evaluate Customer Satisfaction with Vichai's 7 Color Balls Model at Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok

Kanyapak Nuannaknaen, B.P.H.*
Phenphitak Kidsom, B.P.H.,* Yutthana Yaebkai, Dr.P.H.**
Vichai Tienthavorn, M.D., Ph.D.,*** Pinyaphat Phutjoy, B.TM.****
Napa Tongkit, M.P.H.*****

Abstract

This quasi-experimental study, using a single-group time-series design, aimed to examine the effectiveness of an innovative satisfaction assessment tool, the “7-level Life Traffic Light Ping-Pong,” among service recipients at Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok Province. The sample consisted of 42 participants selected through purposive sampling. Data were collected using a satisfaction assessment administered at three time points. The reliability coefficients for the 4-point, 5-point, and 7-point satisfaction scales were 0.72, 0.84, and 0.94, respectively, and analyzed with descriptive statistics and the Friedman test.

The results showed that the majority of participants were female (54.8%), with a mean age of 57.74 ± 14.00 years. Most were married (71.4%), held a bachelor's degree (57.2%), were retired government officers (45.2%), and had an average monthly income of $27,542.62 \pm 13,770.40$ baht. When comparing satisfaction scores across 4-point, 5-point, and 7-point scales over the three measurement periods, no statistically significant differences were found. However, after standardizing the scores, the 7-point satisfaction scale demonstrated significantly higher scores than both the 5-point and 4-point scales at the 0.05 significance level. Therefore, it is recommended to promote the use of the 7-point satisfaction scale in conjunction with the Life Traffic Light Ping-Pong innovation in healthcare settings to enhance the sensitivity in distinguishing levels of satisfaction. Further studies in other contexts are also suggested.

Keywords: Satisfaction, Innovation, Vichai's 7 color balls model

* Student, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

** Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute; Corresponding Author E-mail: yutthanaya@scphpl.ac.th

*** President, Praboromarajchanok Institute

**** Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

***** Pharmacist, Senior Professional Level, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

การประเมินความพึงพอใจของผู้บริโภคหรือผู้รับบริการเป็นกลยุทธ์หลักที่องค์กรทั่วโลกใช้เพื่อปรับปรุงและพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการให้ตอบสนองความต้องการของตลาดได้อย่างแท้จริง ในสภาพแวดล้อมทางธุรกิจที่เต็มไปด้วยการแข่งขัน โดยเริ่มต้นจากการกำหนดวัตถุประสงค์ของการสำรวจอย่างชัดเจน เช่น การวัดระดับความพึงพอใจของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ หรือบริการที่แพร่หลายเพื่อระบุจุดที่ต้องปรับปรุง ไม่ว่าจะเป็นคุณภาพการให้บริการ หรือคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการยอมรับ การดำเนินการสำรวจอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย การออกแบบคำถามที่สามารถวัดความพึงพอใจได้อย่างแม่นยำ เช่น มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ของ Likert (1932) การเลือกช่องทางการเก็บข้อมูลที่เหมาะสม เช่น เครื่องมือออนไลน์ การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียด และการนำเสนอผลลัพธ์ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย ซึ่งจะช่วยให้องค์กรสามารถระบุจุดแข็งและจุดอ่อนในแต่ละส่วน และปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับตลาดนั้น ๆ ได้ (Malhotra, 1996)

ในปัจจุบันผู้รับบริการมีทางเลือกในการเข้าถึงบริการที่หลากหลายมากขึ้น ส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้รับบริการกลายเป็นตัวชี้วัดสำคัญของความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กร การประเมินความพึงพอใจโดยใช้แบบประเมินจึงเป็นเครื่องมือที่มีบทบาทสำคัญในการสะท้อนความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ ข้อมูลที่ได้จากการประเมินสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการและพัฒนาการดำเนินงานขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ แบบประเมินความพึงพอใจมีความสำคัญในหลายมิติ กล่าวคือ ช่วยให้องค์กรเข้าใจความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น ทำให้สามารถปรับปรุงการให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นและความภักดีต่อบริการ นอกจากนี้ยังช่วยให้สามารถประเมินคุณภาพการให้บริการได้อย่างเป็นระบบ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ หรือมาตรฐานที่กำหนด พร้อมทั้งระบุจุดแข็งและจุดที่ควรพัฒนาได้อย่างชัดเจน ในอีกด้านหนึ่งการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้แสดงความคิดเห็นยังช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างองค์กรกับผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกมีส่วนร่วมและเห็นคุณค่าในบทบาทของตน ขณะเดียวกันข้อมูลที่ได้จากการประเมินยังสามารถนำไปใช้เป็นฐานในการวางแผนและตัดสินใจเชิงบริหาร ทั้งในด้านการพัฒนาคุณภาพบริการและการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสมและคุ้มค่า ยิ่งไปกว่านั้นองค์กรที่สามารถนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง จะสามารถสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขัน โดยตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถติดตามผลของการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงระดับความพึงพอใจได้อย่างเป็นระบบ (Parasuraman et al., 1988)

การประเมินความพึงพอใจในการให้บริการด้านสาธารณสุขเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้วางรากฐานแนวคิดสุขภาพที่ครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม ซึ่งต้องการระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและการอภิบาลระบบสุขภาพที่ดีเพื่อกำกับทิศทางการให้บริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทั่วโลกมีปัญหสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องทั้งโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ การอพยพข้ามพรมแดน และผลกระทบจากเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม กฎหมายระหว่างประเทศ เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม และอื่น ๆ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการและมาตรฐานการให้บริการเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องประเมินอย่างเป็นระบบเพื่อปรับปรุงบริการให้สอดคล้องกับความต้องการที่เพิ่มขึ้น (World Health Organization [WHO], 2024) ในประเทศไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคปัจจุบันที่ปัญหาด้านสุขภาพของประชากรไทยมีอัตราเพิ่มที่สูงขึ้น การประเมินความพึงพอใจจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้องค์กรด้านสุขภาพสามารถรับรู้ถึงข้อดี

ข้อเสียที่ต่างกันในแต่ละส่วนขององค์กร สามารถปรับกลยุทธ์หรือบริการให้เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนได้ยิ่งขึ้น

สถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) เป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่จัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการผลิตบัณฑิตและพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับแนวนโยบายแห่งรัฐเพื่อให้มีความรู้ความสามารถทางวิชาการและทักษะในวิชาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม มีความสำนึกต่อสังคม และเพื่อให้มีศักยภาพในการเรียนรู้ด้วยตนเอง จัดการศึกษา วิจัย ส่งเสริม สนับสนุนการวิจัย เพื่อสร้างหรือพัฒนาองค์ความรู้และนำความรู้นั้นไปใช้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติ พัฒนาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพให้มีมาตรฐานและคุณภาพทางวิชาการ ให้เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและนานาชาติ ส่งเสริมให้เกิดโอกาสและความเสมอภาคทางการศึกษา ตามความต้องการของชุมชน ให้บริการทางวิชาการแก่สังคมโดยเน้นความร่วมมือกับชุมชน ให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข และส่งเสริมและทะนุบำรุงศิลปะและวัฒนธรรม (พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562, 2562)

สถาบันพระบรมราชชนก ได้กำหนดสมรรถนะหลักของสถาบันพระบรมราชชนกคือ การใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและสร้างเครือข่ายให้กับชุมชน โดยใช้แนวคิด สบช.โมเดล ซึ่งเป็นการบูรณาการพันธกิจอุดมศึกษาในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิสู่งานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนด้วยการคัดกรอง เฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานบนพื้นฐานการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการใช้ภูมิปัญญาของชุมชน การบูรณาการศาสตร์หลายแขนง การสร้างภาคีเครือข่าย และการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสุขภาวะชุมชน (วิชัย เทียนถาวร, 2566) โดยมีปิงปองจราจรชีวิต 7 สี เป็นเครื่องมือที่ถูกออกแบบมาเพื่อการสื่อสารและการณรงค์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือการสร้างจิตสำนึกในประเด็นต่าง ๆ โดยใช้สีเป็นสัญลักษณ์ในการแบ่งระดับความสำคัญ หรือประเภทของสถานการณ์เพื่อให้ผู้คนเข้าใจได้ง่ายและสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง สีทั้ง 7 ที่ใช้มีลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ สีขาวเป็นสัญลักษณ์ของสถานะปกติ ไม่จำเป็นต้องมีการแทรกแซง หรือปรับเปลี่ยนใด ๆ สีเขียวอ่อนเป็นสัญลักษณ์ของการเริ่มมีความเสี่ยง หรือความต้องการในการเฝ้าระวังขั้นต้น สีเขียวเข้มเป็นสัญลักษณ์ของการควบคุมได้ดีและสามารถดูแลรักษาได้ด้วยวิธีการปัจจุบัน สีเหลืองเป็นสัญลักษณ์ของสถานการณ์ที่ต้องเริ่มมีการเฝ้าระวัง หรือปรับเปลี่ยนอย่างใกล้ชิด สีส้มเป็นสัญลักษณ์ของสถานการณ์ที่มีความรุนแรงปานกลางต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน สีแดงเป็นสัญลักษณ์ของการเตือนถึงภาวะวิกฤต หรือสถานการณ์ที่ต้องมีการแทรกแซงเร่งด่วน และสีดำเป็นสัญลักษณ์ของภาวะที่มีความรุนแรงมากมีภาวะแทรกซ้อน หรืออาการที่ซับซ้อนมาก นอกจากนี้ ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี สามารถประยุกต์ใช้ได้หลากหลายบริบทไม่เฉพาะแค่เรื่องสุขภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการคัดแยกขยะ การจัดการสิ่งแวดล้อม และการป้องกันความเสี่ยงในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งสีเหล่านี้ช่วยทำให้ข้อมูล หรือสถานะที่ซับซ้อนสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อัสนี วันชัย และคณะ, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความพึงพอใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จขององค์กร ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ได้รับหลังจากมีพฤติกรรมการใช้สินค้า หรือบริการซึ่งเป็นผลจากการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ หรือคุณภาพของสินค้ากับความคาดหวังของลูกค้า หรือผู้รับบริการ เนื่องจากเป็นผลจากการตอบสนองต่อแรงจูงใจ และความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ เมื่อได้รับการกระตุ้นอย่างเพียงพอจะก่อให้เกิดความพึงพอใจของลูกค้าหรือผู้รับบริการ (Kotler & Keller, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุลชา เลิศสิทธิพันธ์ (2565) ที่ชี้ให้เห็นว่า การประเมินความพึงพอใจ

แบบเทียบเคียงภายในหน่วยงาน (benchmarking satisfaction assessment) เป็นแนวทางที่สามารถส่งเสริมการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคลากรเกี่ยวกับจุดแข็งและจุดอ่อนที่ควรพัฒนา อย่างไรก็ตามแนวทางการประเมินความพึงพอใจที่มีการศึกษาในอดีตส่วนใหญ่ยังคงใช้ระดับการวัดที่จำกัดอยู่ที่ 3, 4 หรือ 5 ระดับ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการสะท้อนระดับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบประเมิน เช่น การประเมินความพึงพอใจ 3 ระดับ (ไม่พอใจ ปานกลาง และพอใจ) ที่อาจขาดความแม่นยำและรายละเอียดเพียงพอ การประเมินความพึงพอใจ 4 ระดับ (ไม่พอใจเลย ไม่ค่อยพอใจ พอใจ และค่อนข้างพอใจ) ที่อาจส่งผลให้เกิดอคติในการเลือกตอบและมีข้อจำกัดจากการไม่มีค่ากลาง และการประเมินความพึงพอใจ 5 ระดับ ที่ยังคงมีข้อจำกัดด้านความแม่นยำและการสะท้อนระดับความแตกต่างของความคิดเห็นแม้ว่าจะได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก

อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มียงานที่มุ่งเน้นการพัฒนาแบบประเมินความพึงพอใจ 7 ระดับ ที่ประยุกต์ใช้ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี เป็นแนวทางในการจำแนกระดับความพึงพอใจ ได้แก่ สีขาว สีเขียวอ่อน สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง และสีดำ ซึ่งมีศักยภาพในการเพิ่มความละเอียดของการวัดผลและลดความกำกวมในการตอบแบบประเมิน การพัฒนาแบบประเมินความพึงพอใจที่มีระดับความแตกต่างที่ชัดเจนมากขึ้น คาดว่าจะสามารถปรับปรุงความแม่นยำของการประเมินส่งผลให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างเป็นรูปธรรม ในทำนองเดียวกันการพัฒนาและทดสอบแบบประเมินความพึงพอใจ 7 ระดับ เพื่อเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ด้านการประเมินความพึงพอใจที่ยังไม่มีการศึกษาเชิงลึกในบริบทของการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นให้ได้ผลลัพธ์ที่สามารถสะท้อนความคิดเห็นของผู้ใช้บริการได้อย่างแม่นยำและครอบคลุมยิ่งขึ้น ซึ่งระบบประเมินความพึงพอใจที่สามารถสะท้อนความคิดเห็นของผู้ใช้บริการได้อย่างถูกต้องและเป็นระบบจึงมีความสำคัญโดยช่วยให้หน่วยงานสามารถดำเนินการปรับปรุงและพัฒนาได้อย่างตรงจุด ตอบสนองต่อความต้องการ และความคาดหวังของประชาชนได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การมีระบบประเมินที่มีประสิทธิภาพยังส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในระยะยาว

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมการประเมินความพึงพอใจด้วยปิงปองจรรยาชีวิต 7 สีของผู้รับบริการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เพื่อให้สามารถนำข้อเสนอแนะของผู้รับบริการมาปรับปรุงและพัฒนาองค์กร ยกกระดับคุณภาพการให้บริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างครอบคลุม และเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรให้ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในทางปฏิบัติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมการประเมินความพึงพอใจด้วยปิงปองจรรยาชีวิต 7 สีของผู้รับบริการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 กรณีปรับมาตรฐานของคะแนน

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองจะมีความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ไม่แตกต่างกัน

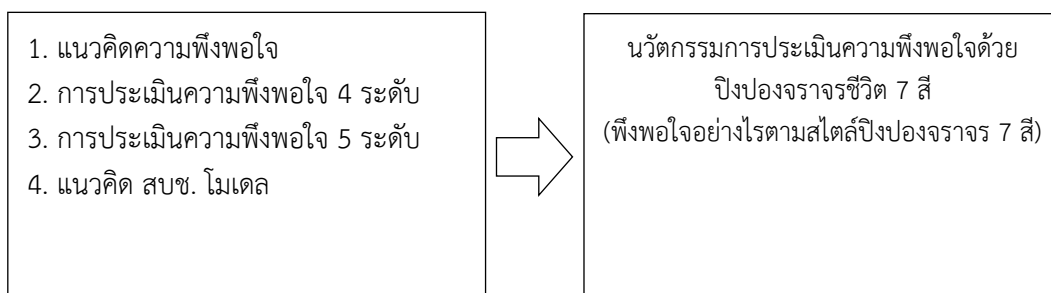
2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองจะมีความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 กรณีปรับมาตรฐานของคะแนน แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความพึงพอใจที่กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่ได้รับหลังจากมีพฤติกรรมการใช้สินค้า หรือบริการซึ่งเป็นผลจากการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการหรือคุณภาพของสินค้ากับความคาดหวังของลูกค้า (Kotler & Keller, 2016) ความพึงพอใจ 4 ระดับ และความพึงพอใจ 5 ระดับ ร่วมกับแนวคิด สบช.โมเดล (วิชัย เทียนถาวร, 2566) โดยสร้างสรรค์นวัตกรรมด้วยการนำเครื่องมือป้องกันจรรยาบรรณชีวิต 7 สี มาใช้การแบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 7 สี 7 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 สีขาว ประทับใจมากที่สุด หมายถึง ประทับใจมากที่สุด (7 คะแนน) ระดับที่ 2 สีเขียวอ่อน ประทับใจมาก หมายถึง ประทับใจมาก (6 คะแนน) ระดับที่ 3 สีเขียวเข้ม ประทับใจ หมายถึง มีความประทับใจ (5 คะแนน) ระดับที่ 4 สีเหลือง เฉย ๆ หมายถึง ประทับใจเป็นกลาง (4 คะแนน) ระดับที่ 5 สีส้ม ประทับใจน้อย หมายถึง ประทับใจเล็กน้อย (3 คะแนน) ระดับที่ 6 สีแดง ประทับใจน้อยมาก หมายถึง ประทับใจน้อยมาก (2 คะแนน) และระดับที่ 7 สีดำ ไม่ประทับใจ หมายถึง ไม่มีความประทับใจ (1 คะแนน) ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองชนิดศึกษากลุ่มเดียว วัดหลายครั้งแบบอนุกรมเวลาครั้งนี้มีกลุ่มทดลอง (experiment group) จำนวน 1 กลุ่ม ให้ทดลองใช้นวัตกรรมการประเมินความพึงพอใจด้วยป้องกันจรรยาบรรณชีวิต 7 สี (พึงพอใจอย่างไรตามสไตส์ป้องกันจรรยา 7 สี) ที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความพึงพอใจ (Kotler & Keller, 2016) การประเมินความพึงพอใจ 4 ระดับ และการประเมินความพึงพอใจ 5 ระดับ ร่วมกับแนวคิด สบช.โมเดล (วิชัย เทียนถาวร, 2566) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ ก่อนทดลอง จำนวน 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และหลังทดลอง จำนวน 2 ครั้ง โดยแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ แล้วนำความพึงพอใจที่ได้ทั้ง 3 ครั้งไปวิเคราะห์ความพึงพอใจที่เปลี่ยนแปลงไปในกลุ่มทดลอง โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้มารับบริการทางการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 1,200 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มารับบริการทางการแพทย์แผนไทยที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 42 คน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยในการวิจัยเชิงทดลอง ชนิดกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม (พราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2561) โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้าคือ กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 20 ปีขึ้นไป เข้ามารับบริการทางการแพทย์แผนไทยที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง สื่อสารเข้าใจ มีความสามารถในการอ่านและการเขียน และมีความสมัครใจและยินยอมตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกคือ เข้ามารับบริการทางการแพทย์แผนไทยที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก น้อยกว่า 3 ครั้งต่อเดือน มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงกะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ นวัตกรรมการประเมินความพึงพอใจด้วยปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ของผู้รับบริการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก (พึงพอใจอย่างไรตามสโลโก้ปิงปองจรรยา 7 สี) ที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความพึงพอใจของ Kotler & Keller (2016) ร่วมกับแนวคิด สบซ. โมเดล (วิชัย เทียนถาวร, 2566) ได้แก่ ระดับที่ 1 สีขาว ประทับใจมากที่สุด หมายถึง ประทับใจมากที่สุด (7 คะแนน) ระดับที่ 2 สีเขียวอ่อน ประทับใจมาก หมายถึง ประทับใจมาก (6 คะแนน) ระดับที่ 3 สีเขียวเข้ม ประทับใจ หมายถึง มีความประทับใจ (5 คะแนน) ระดับที่ 4 สีเหลือง เฉย ๆ หมายถึง ประทับใจเป็นกลาง (4 คะแนน) ระดับที่ 5 สีส้ม ประทับใจน้อย หมายถึง ประทับใจเล็กน้อย (3 คะแนน) ระดับที่ 6 สีแดง ประทับใจน้อยมาก หมายถึง ประทับใจน้อยมาก (2 คะแนน) และระดับที่ 7 สีดำ ไม่ประทับใจ หมายถึง ไม่ประทับใจ (1 คะแนน) ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2

นวัตกรรมการประเมินความพึงพอใจด้วยปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี (พึงพอใจอย่างไรตามสโลโก้ปิงปองจรรยา 7 สี)



2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบประเมินความพึงพอใจที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความพึงพอใจของ Kotler & Keller (2016) ร่วมกับแนวคิด สบช.โมเดล (วิชัย เทียนถาวร, 2566) ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะของประชากร จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจ 4 ระดับ จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับคือ พอใจมาก ค่อนข้างพอใจ เฉย ๆ และแย่มาก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามคือ 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ คะแนนเต็ม 28 คะแนน การแปลความหมายคะแนนความพึงพอใจ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Nitko (2001) คือ ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป (23-28 คะแนน) ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0-79.0 (18-22 คะแนน) และความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60.0 (7-17 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจ 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ คะแนนเต็ม 35 คะแนน การแปลความหมายคะแนนความพึงพอใจ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Nitko (2001) คือ ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป (28-35 คะแนน) ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0-79.0 (22-27 คะแนน) และความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60.0 (4-21 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจ 7 ระดับ จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับคือ มากที่สุด มาก ประทับใจ เฉย ๆ น้อย น้อยมาก และไม่ประทับใจ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 7, 6, 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ คะแนนเต็ม 49 คะแนน การแปลความหมายคะแนนความพึงพอใจ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Nitko (2001) คือ ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป (40-49 คะแนน) ความพึงพอใจอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0-79.0 (30-39 คะแนน) และความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60.0 (5-29 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ พิจารณาสำนวนภาษา และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.60-1.00

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) นำแบบประเมินความพึงพอใจที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้รับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมใจ โรงพยาบาลวังทอง จำนวน 30 คน (Browne, 1995) แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินส่วนที่ 2-4 โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ เท่ากับ 0.72, 0.84 และ 0.94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ SCPHPL 9/2567.2.3 วันที่รับรอง 28 พฤศจิกายน 2567 การรับรองนี้มีผลถึงวันที่ 27 พฤศจิกายน 2568 ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยลงพื้นที่วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย สิทธิของอาสาสมัครในการตอบรับ หรือปฏิเสธ

การเข้าร่วมโครงการวิจัย การวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่ออาสาสมัคร พร้อมทั้งปกปิดรายชื่อ และ ข้อมูลที่ได้จากอาสาสมัครจะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและข้อมูลจะเก็บไว้เฉพาะที่ผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้จะถูกทำลายหลังจากมีการวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี เพื่อนำเสนอในภาพรวมจะไม่ระบุหรืออ้างอิงอาสาสมัครหากไม่ได้รับอนุญาต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากกลุ่มงานหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการทางการแพทย์แผนไทยที่อาคารกิตติฉานเวช
2. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก และผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
3. ขั้นตอนดำเนินการ หลังจากได้ดำเนินการตามขั้นตอนเตรียมการเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้อธิบายอย่างละเอียดกับกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยและผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ครั้งที่ 1 ก่อนทดลอง
4. ขั้นตอนหลังดำเนินการ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 โดยเก็บข้อมูลห่างกัน 1 สัปดาห์ เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูล ระบุรหัส บันทึกลงคอมพิวเตอร์แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลการวิจัยในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 โดยใช้สถิติ Friedman test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน
3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 กรณีสัมประสิทธิ์มาตรฐานของคะแนน โดยใช้สถิติ Friedman test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

กลุ่มทดลองส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.8 มีอายุ 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.5 รองลงมาคือ 50-59 ปี ร้อยละ 21.4 และน้อยที่สุด คือ 40-49 ปี ร้อยละ 4.8 และ 80-89 ปี ร้อยละ 4.8 อายุเฉลี่ย 57.74 ± 14.00 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี และอายุสูงสุด 87 ปี มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 71.4 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 12.0 หม้าย/ร้าง ร้อยละ 9.5 และน้อยที่สุด คือ หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 7.1 สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 57.2 รองลงมา คือ สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 21.4 และน้อยที่สุด คือ ไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 2.4 ประกอบอาชีพข้าราชการบำนาญมากที่สุด ร้อยละ 45.2 รองลงมา คือ ข้าราชการ ร้อยละ

28.6 และน้อยที่สุดคือ ว่างงาน ร้อยละ 2.4 มีรายได้ต่อเดือนมากที่สุด 30,001-40,000 บาท ร้อยละ 71.4 รองลงมาคือ $\leq 10,000$ บาท ร้อยละ 14.3 และ 40,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 14.3 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย $27,542.62 \pm 13,770.40$ บาท รายได้ต่ำสุด 2,000 บาท และรายได้สูงสุด 60,000 บาท ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 42)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	19	45.2
หญิง	23	54.8
อายุ (ปี)		
30 – 39 ปี	8	19.0
40 – 49 ปี	2	4.8
50 – 59 ปี	9	21.4
60 – 69 ปี	17	40.5
70 – 79 ปี	4	9.5
80 – 89 ปี	2	4.8
(M = 57.74, SD = 14.00, Minimum = 30.00, Maximum = 87.00)		
สถานภาพ		
โสด	5	12.0
สมรส	30	71.4
หย่า/แยกกันอยู่	3	7.1
หม้าย/ร้าง	4	9.5
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	1	2.4
ประถมศึกษา	3	7.1
มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	3	7.1
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	2	4.8
ปริญญาตรี	24	57.2
สูงกว่าปริญญาตรี	9	21.4
อาชีพ		
เกษตรกร/เลี้ยงสัตว์	2	4.8
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	19.0
ข้าราชการ	12	28.6
ข้าราชการบำนาญ	19	45.2
ว่างงาน	1	2.4
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
$\leq 10,000$ บาท	6	14.3
30,001 – 40,000 บาท	30	71.4
40,001 บาท ขึ้นไป	6	14.3
(M = 27542.62, SD = 13770.40, Minimum = 2000.00, Maximum = 60000.00)		

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 โดยใช้สถิติ Friedman test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ พบว่า ครั้งที่ 1-3 กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 (n = 42)

ตัวแปร	ครั้งที่	n	M	SD	Mean Rank	χ^2	df	p-value
ความพึงพอใจ 4 ระดับ	1	42	3.09	0.14	1.82	5.484	2	0.064
	2	42	3.10	0.17	1.93			
	3	42	3.15	0.15	2.25			
ความพึงพอใจ 5 ระดับ	1	42	4.13	0.20	1.83	3.353	2	0.187
	2	42	4.15	0.28	1.98			
	3	42	4.22	0.23	2.19			
ความพึงพอใจ 7 ระดับ	1	42	6.33	0.36	1.75	4.597	2	0.100
	2	42	6.44	0.43	2.13			
	3	42	6.49	0.40	2.12			

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 กรณีปรับมาตรฐานของคะแนน

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 กรณีปรับมาตรฐานของคะแนนให้เท่ากัน ให้คะแนนความพึงพอใจ 4 ระดับ และความพึงพอใจ 5 ระดับ มีคะแนนเต็มเท่ากับความพึงพอใจ 7 ระดับ โดยใช้สถิติ Friedman test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ พบว่า ครั้งที่ 1-3 กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจ 7 ระดับสูงกว่าความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 4 ระดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 กรณีปรับมาตรฐานของคะแนน (n = 42)

ครั้งที่	ตัวแปร	n	M	SD	Mean Rank	χ^2	df	p-value
1	ความพึงพอใจ 4 ระดับ	42	6.09	0.14	1.65	18.871	2	<0.001
	ความพึงพอใจ 5 ระดับ	42	6.13	0.21	1.85			
	ความพึงพอใจ 7 ระดับ	42	6.33	0.36	2.50			
2	ความพึงพอใจ 4 ระดับ	42	6.10	0.17	1.57	22.805	2	<0.001
	ความพึงพอใจ 5 ระดับ	42	6.15	0.29	1.88			
	ความพึงพอใจ 7 ระดับ	42	6.44	0.43	2.55			
3	ความพึงพอใจ 4 ระดับ	42	6.15	0.15	1.56	27.229	2	<0.001
	ความพึงพอใจ 5 ระดับ	42	6.22	0.24	1.83			
	ความพึงพอใจ 7 ระดับ	42	6.50	0.40	2.61			

อภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบว่า การประเมินความพึงพอใจทั้ง 3 ครั้ง กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า การวิจัยครั้งนี้ใช้การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ของ Likert (1932) ที่แตกต่างกัน ได้แก่ ความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับ ซึ่งประเมินในช่วงเวลาต่างกันนั้น ได้แก่ ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2-3 และครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4-5 เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจระหว่างช่วงเวลา และจากผลการวิจัย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างคะแนนความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และความพึงพอใจ 7 ระดับในแต่ละช่วงเวลา สะท้อนให้เห็นว่า แม้ว่าการเพิ่มจำนวนระดับในมาตรวัดจะช่วยเพิ่มความละเอียดของการวัด แต่ในกรณีนี้การเปลี่ยนแปลงของระดับความพึงพอใจในช่วงเวลาที่แตกต่างกันไม่ได้มีผลต่อคะแนนที่ได้รับ โดยผลลัพธ์ดังกล่าวอาจเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย หนึ่งในปัจจัยที่สำคัญคือ เสถียรภาพของความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบประเมินมีแนวโน้มที่จะคงที่ตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา แม้ว่าจะใช้ระดับความพึงพอใจที่มีจำนวนตัวเลือกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Schwarz (1999) ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นตัวแปรที่มีเสถียรภาพสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลชา เลิศสิทธิพันธ์ (2565) ได้ประเมินความพึงพอใจแบบเทียบเคียงภายในองค์กรของพนักงานพบว่า การประเมินความพึงพอใจแบบเทียบเคียงภายในส่วนงานสามารถช่วยเพิ่มความพึงพอใจรวมได้ เมื่อบุคลากรได้ทราบถึงจุดอ่อนจากการประเมินในครั้งแรกแล้วจึงมีการปรับปรุงการให้บริการให้ดีขึ้น อย่างเช่นในรอบที่ 1 ด้านความกระตือรือร้น ๆ เป็นด้านที่ได้คะแนนต่ำสุด แต่มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นสูงสุด ร้อยละ 5.7 ในรอบที่ 3 ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจแต่ละส่วนงานย่อยพบว่า ในรอบที่ 1 มีระดับความพึงพอใจที่แตกต่างกัน ส่วนในรอบที่ 3 พบว่า ระดับความพึงพอใจมีแนวโน้มสูงขึ้นไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้การเทียบเคียงภายในองค์กรช่วยให้เกิดการปรับปรุงการให้บริการที่ดีขึ้นจากการสร้างแนวปฏิบัติที่ดี แต่ต้องคำนึงถึงรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสม และพิจารณาถึงความพึงพอใจในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานร่วมด้วย

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และ ความพึงพอใจ 7 ระดับ ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 กรณีปรับมาตรฐานของคะแนนให้เท่ากัน โดยให้คะแนนความพึงพอใจ 4 ระดับ และความพึงพอใจ 5 ระดับ มีคะแนนเต็มเท่ากับความพึงพอใจ 7 ระดับ พบว่า ทั้ง 3 ครั้ง กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจ 7 ระดับ สูงกว่าความพึงพอใจ 5 ระดับและความพึงพอใจ 4 ระดับ อธิบายได้ว่า การวิจัยครั้งนี้ใช้การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ของ Likert (1932) ที่แตกต่างกัน ได้แก่ ความพึงพอใจ 4 ระดับ ความพึงพอใจ 5 ระดับ และ ความพึงพอใจ 7 ระดับ โดยประเมินในช่วงเวลาต่างกัน (ครั้งที่ 1-3) ซึ่งเป็นการวัดซ้ำหลายครั้ง และจาก ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความพึงพอใจทั้ง 3 ระดับมีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างช่วงเวลาต่าง โดยเฉพาะคะแนนความพึงพอใจ 7 ระดับ มีคะแนนสูงกว่าความพึงพอใจ 4 ระดับ และ 5 ระดับอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นว่ามาตรวัดที่มีจำนวนระดับเพิ่มมากขึ้นอาจจะสะท้อนถึงความแตกต่างของความคิดเห็นได้ละเอียดมากขึ้น เมื่อมีการเพิ่มจำนวนระดับของมาตรวัดแบบลิเคิร์ต สำหรับการพัฒนาแบบประเมิน ความพึงพอใจแบบลิเคิร์ต (Likert rating scales) จาก 4 ระดับ และ 5 ระดับ เพิ่มเป็น 7 ระดับ มีแนวโน้มที่จะทำคะแนนความพึงพอใจจะสูงขึ้นอาจเป็นไปได้ว่าผู้ตอบแบบประเมินมีแนวโน้มที่จะเลือกคะแนนในช่วงที่สูงขึ้นเมื่อมีตัวเลือกที่ละเอียดขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Cummins & Gullone (2000) ที่พบว่า ผู้ตอบแบบประเมินมักเลือกค่าคะแนนในช่วงบวกมากกว่าค่าคะแนนกลาง หรือค่าลบเมื่อมีตัวเลือกมากขึ้น และความไวของเครื่องมือวัด (measurement sensitivity) ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Preston & Colman (2000) พบว่า มาตรวัดที่มีจำนวนระดับมากขึ้น เช่น ในช่วง 7-11 ระดับ มีความสามารถในการจำแนก (discriminative power) และความเชื่อมั่น (reliability) สูงกว่ามาตรวัดในช่วง 2-4 ระดับ โดยจำนวนระดับที่มากขึ้นช่วยเพิ่มความละเอียดของการวัดทำให้ผู้ตอบแบบประเมินสามารถถ่ายทอดระดับความคิดเห็นของตนได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น ความแตกต่างของคะแนนจึงไม่ได้สะท้อนเพียง ประสิทธิภาพเชิงอัตวิสัยของผู้ตอบแบบประเมินเท่านั้น หากแต่เกิดจากคุณลักษณะของเครื่องมือวัดที่เอื้อต่อการกระจายตัวของข้อมูลในทางสถิติ นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า คะแนนความพึงพอใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกช่วงเวลา ซึ่งอาจสะท้อนอิทธิพลของการตอบแบบสอบถามซ้ำ (repeated measurement) ที่ก่อให้เกิด ความเคยชินและอคติในการตอบ (response bias) รวมถึงการปรับตัวเชิงบวกของผู้ตอบแบบประเมินต่อ ประสิทธิภาพเมื่อเวลาผ่านไป ทั้งนี้แม้มาตรวัดที่มีจำนวนระดับสูงจะให้ผลการวัดที่แม่นยำ แต่ควรระวัง เมื่อจำนวนระดับเกินกว่า 10 ระดับ เนื่องจากความเชื่อมั่นแบบวัดซ้ำ (test-retest reliability) มีแนวโน้ม ลดลง อย่างไรก็ตามผู้ตอบแบบประเมินให้คะแนนความพึงพอใจสูงสุดต่อมาตรวัดแบบ 10 ระดับ รองลงมาคือ 7 และ 9 ระดับ ตามลำดับ ซึ่งสนับสนุนว่าการใช้มาตรวัดในช่วง 7-10 ระดับเป็นทางเลือกที่เหมาะสมทั้งใน ด้านคุณภาพของข้อมูล ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และการยอมรับของผู้ตอบแบบประเมิน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถาบันพระบรมราชชนก ควรนำนวัตกรรมการประเมินความพึงพอใจด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี (พึงพอใจอย่างไรตามสไตล์ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี) ภายใต้แนวคิด สบข.โมเดล ไปใช้ในการประเมิน พึงพอใจทั่วทั้งภายในองค์กรเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรนำนวัตกรรมการ ประเมินความพึงพอใจด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี (พึงพอใจอย่างไรตามสไตล์ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี) ภายใต้ แนวคิด สบข.โมเดล นำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินความพึงพอใจของการให้บริการต่อผู้รับบริการเพื่อนำไปสู่ การปรับปรุงและพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนานวัตกรรมการประเมินความพึงพอใจด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี (พึงพอใจอย่างไรตามสไตล์ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี) ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล ให้เป็นนวัตกรรมประเภทผลิตภัณฑ์เพื่อให้ง่ายสะดวก และมีความเหมาะสมต่อการใช้งานทั่วทั้งองค์กร

2. ควรพัฒนานวัตกรรมการประเมินความพึงพอใจด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี (พึงพอใจอย่างไรตามสไตล์ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี) ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล เป็นแอปพลิเคชัน (application) ให้สะดวกต่อการใช้งานในอนาคต และเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

- กุลชา เลิศสิทธิพันธ์. (2565). การประเมินความพึงพอใจแบบเทียบเคียงภายในองค์กรของพนักงานกลุ่มงานอาคารอิตยาทร วิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารปาริชาติ*, 35(4), 53–69.
- ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2561). *แบบแผนการวิจัยเชิงทดลอง: การประยุกต์ใช้ในงานวิจัยเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562. (2562, 5 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 136 ตอนที่ 43 ก. หน้า 40-65.
- วิชัย เทียนถาวร. (2566). *แนวคิด สบช.โมเดล*. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- อัศนี วันชัย, จิตติพร ศรีชะเกตุ, และวิชัย เทียนถาวร. (2566). การประยุกต์ใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สีในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การทบทวนขอบเขตงานวิจัย. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(2), e267915.
- Browne, R. H. (1995). On the use of a pilot sample for sample size determination. *Statistics in Medicine*, 14(17), 1933–1940.
- Cummins, R. A., & Gullone, E. (2000). Why we should not use 5-point Likert scales: The case for subjective quality of life measurement. In *Proceedings of the second international conference on quality of life in cities* (pp. 74–93). National University of Singapore.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2016). *Marketing management* (15th ed.). Pearson Education.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 1-55.
- Malhotra, N. K. (1996). *Marketing research: An applied orientation* (2nd ed.). Prentice Hall.
- Nitko, A. J. (2001). *Educational assessment of students* (3rd ed.). Merrill Prentice Hall.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.
- Preston, C. C., & Colman, A. M. (2000). Optimal number of response categories in rating scales: Reliability, validity, discriminating power, and respondent preferences. *Acta Psychologica*, 104(1), 1-15. [https://doi.org/10.1016/S0001-6918\(99\)00050-5](https://doi.org/10.1016/S0001-6918(99)00050-5)
- Schwarz, N. (1999). Self-reports: How the questions shape the answers. *American Psychologist*, 54(2), 93-105. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.2.93>
- World Health Organization. (2024). *Health systems governance*. <https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance>

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรค
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

วรวัฒน์ เครือคำ, ส.บ.*

พัชรี ศรีฤทธา, ส.ด.**

Received: September 15, 2025

Revised: April 23, 2026

Accepted: April 27, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรค โดยเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 38 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรค มีค่าความเชื่อมั่น 0.71 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ independent t-test และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean diff. = 18.14, 95%CI = 14.97–21.40, p -value = 0.001) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean diff. = 20.29, 95%CI = 18.00–22.58, p -value = 0.001) สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมวัณโรค สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเสริมบทบาทในการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกและการกำกับการกินยาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้จริง

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การป้องกันและควบคุมวัณโรค

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; ผู้ให้การติดต่อหลัก E-mail: patcharee.s@nrru.ac.th

The Effect of Health Literacy Promotion Program in Tuberculosis Prevention and Control among Village Health Volunteers, Lamplaimat District, Buriram Province

Worawat Khruakham, B.P.H.*

Phatcharee Srikuta, Dr.P.H.**

Abstract

This quasi-experimental study, employing a two-group pretest–posttest design, aimed to examine the effects of a health literacy promotion program on tuberculosis prevention and control by comparing health literacy scores between an experimental group and a comparison group before and after program participation. The sample consisted of 76 village health volunteers, divided equally into an experimental group and a comparison group (38 participants each). The experimental group received the program for 12 weeks, while the comparison group did not receive the intervention. Data were collected using a health literacy questionnaire for tuberculosis prevention and control, with a reliability coefficient of 0.71. Data analysis included descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (independent t-test and paired t-test).

The results revealed that, following participation in the program, the experimental group showed a statistically significant increase in health literacy scores (mean difference = 18.14, 95% CI = 14.97-21.40, p -value = 0.001). After the intervention, the experimental group also had significantly higher scores than the comparison group (mean difference = 20.29, 95% CI = 18.00-22.58, p -value = 0.001). It can be concluded that the health literacy promotion program was effective in improving the knowledge and skills of village health volunteers in tuberculosis prevention and control, and can be applied to strengthen their role in case detection.

Keywords: Health literacy, Village health volunteers, Tuberculosis prevention and control

* Master of Public Health students, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

** Assistant Professor, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University;

Corresponding Author E-mail: phatcharee.s@nrnu.ac.th

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดเชื้อที่ติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ ซึ่งแพร่กระจายได้ง่าย เกิดได้ในทุกอวัยวะในร่างกายแต่ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด หากเกิดความล่าช้าในการรักษา และการควบคุมวัณโรคจะส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรมและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จากรายงานปีพ.ศ. 2567 (Global Tuberculosis Report 2024) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า ปี 2566 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 8.2 ล้านคนซึ่งเป็นจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่สูงที่สุดที่องค์การอนามัยโลกบันทึกไว้ พบว่า เป็นผู้ชาย ร้อยละ 55 เป็นผู้หญิง ร้อยละ 33 และเป็นเด็กและวัยรุ่นตอนต้น ร้อยละ 12 และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคประมาณ 1.25 ล้านคน ปัจจัยที่ก่อให้เกิดผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จำนวนมาก ได้แก่ ภาวะขาดสารอาหาร การติดเชื้อเอชไอวี การดื่มสุรามากเกินไป การสูบบุหรี่ และโรคเบาหวาน (World Health Organization, 2024) ในปีพ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (the end TB strategy) ซึ่งมีวิสัยทัศน์ให้โลกปราศจากวัณโรค และเป้าหมายให้ยุติการระบาดของวัณโรคระดับโลก โดยมุ่งลดอัตราการเสียชีวิตลง ร้อยละ 95 และลดอุบัติการณ์วัณโรคลง ร้อยละ 90 ภายในปีพ.ศ. 2578 และมั่นใจว่าไม่มีครอบครัวใดที่ได้รับความเดือดร้อนด้านเศรษฐกิจ (catastrophic expenses) จากการป่วยด้วยวัณโรค (กองวัณโรค, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข, 2564ข)

องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก ทั้งวัณโรคทั่วไป วัณโรคและเอชไอวี วัณโรคดื้อยาหลายขนาน โดยคาดประมาณว่ามีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 120,000 รายต่อปี ในจำนวนดังกล่าวนี้ มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 12,000 ราย ในขณะที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ประมาณปีละ 2,200 ราย ปัจจัยที่ทำให้การควบคุมวัณโรคไม่ประสบผลสำเร็จเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ป่วยเป็นวัณโรคได้ง่ายจากภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสสูงถึง 26 เท่า ที่จะป่วยเป็นวัณโรคเมื่อเทียบกับผู้ไม่ติดเชื้อ (กองสุศึกษา, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) โดยในปี 2567 ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ขึ้นทะเบียนรักษา 72,274 ราย มีอัตราการักษาสำเร็จ ร้อยละ 85 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ในส่วนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ตามแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ประเทศไทยได้นำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2566- 2567 มาเป็นแนวทางป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของประเทศ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเร่งรัดยุติวัณโรค ภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการ วิชาการและขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการฯ และจัดตั้งเครือข่ายการวิจัยด้านวัณโรค หรือ Thai TuRN (Thai Tuberculosis Research Network) โดยมีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สนับสนุนงบวิจัยมุ่งเป้าสำหรับวัณโรคโดยเฉพาะ (กองวัณโรค, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข, 2564ก)

จังหวัดบุรีรัมย์เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น มีการคมนาคมและการเคลื่อนย้ายเข้าออกเป็นสาเหตุหนึ่งส่งผลต่อการแก้ปัญหาวัณโรคที่ยังคงพบการระบาดในพื้นที่ ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดบุรีรัมย์ ปีพ.ศ. 2565-2566 พบผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา 1,710 และ 1,784 ราย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีอัตราการักษาสำเร็จร้อยละ 79.31 และ 67.66 ซึ่งลดลงจากเดิม และยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แสดงให้เห็นว่าวัณโรคยังเป็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วน อำเภอลำปลายมาศเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ที่พบว่า ปัญหาโรควัณโรคยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยในปีพ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วย 139, 114 และ 311 รายตามลำดับ อัตราการรักษาสำเร็จ (success rate) เท่ากับ 80.21, 81.06 และ 70.49 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนดให้มีอัตราการักษาสำเร็จไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85 เมื่อเปรียบเทียบอัตราการักษาสำเร็จ ปี 2561-2563 พบว่า มีอัตราสำเร็จลดลง โดยในปี 2563 จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย

จำนวน 57 ราย พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงน้อย 14 ราย เสี่ยงปานกลาง 17 ราย และเสี่ยงเสียชีวิต 26 ราย จากการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ พบปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่ออัตราสำเร็จของการรักษา คือ 1) เสียชีวิตระหว่างรักษา 2) กลุ่มที่รักษาเกิน 1 ปี ไม่สามารถนำมาประเมินผลการรักษาได้ 3) เศรษฐฐานะต่ำ ย้ายถิ่นฐานบ่อย เกิดการขาดการรักษา 4) การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา 5) ระบบรอคอยที่รอคอยนาน และ 6) เจ้าหน้าที่มีภาระงานมากทำให้ออกติดตามผู้ป่วยล่าช้า

จากปัญหาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของอำเภอลำปลายมาศ จำเป็นต้องเร่งรัดแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะในพื้นที่ระดับตำบลต้องมีเครือข่ายในการดำเนินงานเพื่อค้นหา กลุ่มเสี่ยงรายใหม่ และติดตามกลุ่มผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาจนครบกระบวนการ อีกทั้งสร้างความเข้าใจ ในชุมชนเพื่อลดการตีตราในผู้ป่วย นอกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้ว ผู้ที่มีบทบาทในการดำเนินงานคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือหมอประจำครอบครัวคนที่ 1 ซึ่งจำเป็นต้องมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม และการป้องกันวัณโรคในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ แต่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังไม่เคยได้รับการฝึกอบรมในการดำเนินงานควบคุมวัณโรค จึงไม่สามารถ ปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม อาจเกิดอันตรายต่อตัวอาสาสมัครสาธารณสุขเอง และทำให้การดำเนินงาน ควบคุมวัณโรคไม่ประสบความสำเร็จตามที่กำหนด ส่งผลให้ยังคงมีการแพร่ระบาดเชื้อวัณโรคต่อไปในพื้นที่ จึงควรมีการฝึกอบรมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินงาน ควบคุมวัณโรค

จากนโยบายยกระดับคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงเป็นผู้ในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพด้วยตนเองได้ จึงได้นำแนวคิดความรอบรู้ ด้านสุขภาพมาใช้ในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมวัณโรคอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยนำทักษะการเสนอ ทางเลือกให้ผู้อื่นมาใช้ในการสื่อสารกับประชาชน รวมถึงเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ สามารถถ่ายทอดทักษะ ดังกล่าวให้กับคนในครอบครัวและชุมชนต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้องพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการ เข้าถึงข้อมูล และบริการด้านสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ประเมินและจัดการสุขภาพตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ (กองสุขศึกษา, กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ, 2562) หรือจะกล่าวได้ว่า เป็นทักษะในการค้นหาข้อมูล วิเคราะห์และเลือกวิธีการจัดการสุขภาพ ได้อย่างเหมาะสม สามารถแนะนำให้ผู้อื่นนำไปใช้ต่อได้อย่างถูกต้อง จึงเปรียบเสมือนการเสริมสร้าง ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเท่าทันสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่าง รวดเร็ว บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันวัณโรคในชุมชน จะมีความสามารถและทักษะ ใน 6 องค์ประกอบ ดังนี้ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access skill) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive skill) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) และการรู้เท่าทันสื่อ (media literature) (กองสุขศึกษา, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) ซึ่งในพื้นที่อำเภอลำปลายมาศยังไม่เคยมีการพัฒนาความรอบรู้ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมและการป้องกันวัณโรคมาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรม ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อนำไปสู่การดำเนินงานควบคุมวัณโรคตามยุทธศาสตร์ชาติด้านวัณโรค ในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง
2. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของ กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กองสุกศึกษา, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 9 กิจกรรม ดังนี้

- สัปดาห์ที่ 1** ภารกิจวัณโรค ประกอบด้วย
1. กิจกรรมให้สุกศึกษาเรื่องโรควัณโรค
 2. กิจกรรมเสริมสร้างการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
 3. กิจกรรมเสริมสร้างความเข้าใจในข้อมูลและบริการสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 4 ค้นหาและสื่อสาร ประกอบด้วย

4. กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน

สัปดาห์ที่ 7 รู้เขา-รู้เรา ประกอบด้วย

6. กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง
7. กิจกรรมเสริมสร้างแผนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 10 เป้าหมายของเรา ประกอบด้วย

8. กิจกรรมฝึกคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคผ่านสื่อวีดีโอและรูปภาพ
9. กิจกรรมฝึกเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคผ่านสื่อวีดีโอและรูปภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการเกี่ยวกับวัณโรค
- ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลและบริการเกี่ยวกับวัณโรค
- ความสามารถในการสื่อสาร การตอบโต้เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค
- ความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมวัณโรค
- ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการป้องกันควบคุมวัณโรค
- ความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับวัณโรค

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 2,173 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 76 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกรณี 2 กลุ่ม ประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2558) โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ อำนาจการทดสอบ (power of test) 90 ค่าความต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้สุขภาพวัณโรคหลังทดลอง เท่ากับ 19.33 ความแปรปรวนร่วมเท่ากับ 241.34 (จันทรา สุวรรณธาร และณัฐฐิศา พิมพ์กมลวัต, 2564) จากการคำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 คน แต่จากการทบทวนวรรณกรรม (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2558) พบว่า เมื่อขนาดตัวอย่างเท่ากับ หรือมากกว่า 30 การแจกแจงของค่าเฉลี่ยจะมีการแจกแจงปกติ สามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้ จึงปรับกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจากการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, 2556) จึงปรับกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 38 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 76 คน โดยเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองมะค่า เป็นกลุ่มทดลอง เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการรักษาวัณโรคสำเร็จต่ำกว่าเกณฑ์ และวัณโรคยังคงเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่และเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบุโพธิ์ เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากมีขนาดพื้นที่บริการและจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใกล้เคียงกัน มีระยะห่างเพียงพอที่จะป้องกันการเกิด contaminate ของข้อมูล แล้วจึงสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (sample random sampling) โดยจับฉลากชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนได้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์
2. ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. ยินดีเข้าร่วมการศึกษา มีความสามารถในการรับรู้และสื่อสารกับผู้อื่นได้
4. ไม่เคยได้รับอาการเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพมาก่อน

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการวิจัยได้ครบตามที่กำหนด
2. ไม่สามารถให้ข้อมูลการวิจัยหรือตอบแบบสอบถามได้ไม่ครบถ้วน
3. เจ็บป่วยกะทันหันที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้
4. ย้ายที่อยู่ใหม่หรือลาออกจากการเป็น อสม.
5. ขอยุติการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งเป็นสองส่วนได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้แนวทางในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ และการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) มาสร้างเครื่องมือขึ้นเองโดยได้ศึกษาดาร่า เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 9 กิจกรรมดังนี้

1.1) ให้สุศึกษาเรื่องวัณโรค บรรยายร่วมกับสื่อภาพและกิจกรรมกลุ่ม ครอบคลุมพยาธิสภาพ การแพร่กระจาย การรักษา การเฝ้าติดตาม การกำกับการกินยาแบบ DOT และการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่

1.2) เสริมการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ฝึกค้นหาแหล่งข้อมูลจากสื่อชุมชนและสื่อออนไลน์ (เช่น Line, Facebook, YouTube, Google) รวมถึงแหล่งจากหน่วยงานสุขภาพ เพื่อให้สามารถเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้อย่างเหมาะสม

1.3) เสริมความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ พัฒนาทักษะการอ่าน ฟัง คำนวณ และตีความข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้สามารถเข้าใจและถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรคได้อย่างถูกต้อง

1.4) เสริมทักษะการสื่อสาร ฝึกการซักถาม แลกเปลี่ยน และสื่อสารข้อมูลสุขภาพอย่างสร้างสรรค์ เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและตรงกับความต้องการ

1.5) เสริมการจัดการตนเอง เน้นการวางแผน ตั้งเป้าหมาย และปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันและควบคุมวัณโรคอย่างยั่งยืน

1.6) เสริมการตัดสินใจ ฝึกวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูล และเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยวัณโรค

1.7) เสริมการรู้เท่าทันสื่อ ฝึกตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล รวมถึงการเลือกใช้สื่ออย่างเหมาะสม

1.8) ฝึกเยี่ยมบ้านและกำกับการกินยา (DOTS) ใช้สื่อวิดีโอและภาพในการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้สามารถติดตามและสนับสนุนการกินยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ลดการดื้อยาและการแพร่กระจายเชื้อ

1.9) ฝึกคัดกรองกลุ่มเสี่ยง พัฒนาทักษะการสังเกตอาการสำคัญ เช่น ไอเรื้อรัง ไข้ต่ำ น้ำหนักลด เพื่อส่งต่อผู้สงสัยเข้าสู่การวินิจฉัยและรักษาได้อย่างทันท่วงที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเติมคำและตรวจสอบรายการ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ระยะเวลาการเป็น อสม. การเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมวัณโรค แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการหาข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมวัณโรค และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรค จำนวน 30 ข้อ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามปลายปิด แบบเลือกตอบตามความเห็น โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ตัวเลือกคือ น้อย ปานกลาง และมาก ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น ประกอบด้วย 6 ตอน ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการเกี่ยวกับ

วันโรค (6 ข้อ) ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลและบริการเกี่ยวกับวันโรค (6 ข้อ) ความสามารถในการสื่อสาร การตอบโต้เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวันโรค (6 ข้อ) ความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมวันโรค (6 ข้อ) ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมวันโรค (6 ข้อ) ความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับวันโรค (6 ข้อ)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบ พิจารณาความถูกต้องเชิงเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมของเนื้อหา โดยข้อคำถามที่นำมาใช้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ถึง 1.00

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปทดลองใช้ (try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรินทร์ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า เครื่องมือทั้งฉบับได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.71 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.7 จึงนำแบบสอบถามไปใช้ได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่ HE-095-2567 เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างชัดเจน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิหรือบริการที่พึงได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดเก็บข้อมูลอย่างปลอดภัย ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยเท่านั้น และดำเนินการทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด เพื่อคุ้มครองสิทธิและความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างอย่างสูงสุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยถึงสาธารณสุขอำเภอลำปลายมาศ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่การศึกษา

1.3 จัดอบรมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 2 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย แจ้งวิธีการและขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และความเข้าใจของข้อคำถาม

1.4 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งอธิบายถึงขั้นตอนการตอบแบบสอบถามโดยละเอียดให้เกิดความเข้าใจตรงกันกับผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิในการร่วมวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูล

ทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะนำมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทำการทดลองและหลังทำการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค

2.2 การจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย

2.2.1 กลุ่มทดลอง จัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยการจัดกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมครบแล้วต้องฝึกคัดกรองและเยี่ยมบ้านต่ออีก 2 สัปดาห์ จนครบ 12 สัปดาห์ จึงนำผลและเก็บข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้ระยะเวลาในการทดลองทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

2.2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่จะดำเนินการปฏิบัติงานเช่นเดิม และเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัยแล้ว กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนำไปปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Chi-square หรือ t-test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยการใช้สถิติ independent t-test นำเสนอค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ผลต่างของค่าเฉลี่ย (mean difference) ช่วงความเชื่อมั่น (confidence interval) และ ค่า p-value

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ภายในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ด้วยการใช้สถิติ paired t-test นำเสนอค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ผลต่างของค่าเฉลี่ย (mean difference) ช่วงความเชื่อมั่น (confidence interval) และค่า p-value

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะทางประชากรไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ยประมาณ 49 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 78 มีระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ยประมาณ 10 ปี ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค ร้อยละ 75 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค หรือการดูแลผู้ป่วยโรคจากบอร์ดประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 75 และไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรค ร้อยละ 86

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคก่อนและหลัง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean diff. = 18.14, 95%CI = 14.97 ถึง 21.40, p -value = <0.001) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการเกี่ยวกับโรค (mean diff. = 4.08, 95%CI = 3.45 ถึง 4.71, p -value = <0.001) ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลและบริการเกี่ยวกับโรค (mean diff. = 2.84, 95%CI = 1.95 ถึง 3.73, p -value = <0.001) ความสามารถในการสื่อสาร การตอบโต้ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค (mean diff. = 3.16, 95%CI = 2.40 ถึง 3.92, p -value = <0.001) ความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค (mean diff. = 0.76, 95%CI = 0.32 ถึง 1.21, p -value = <0.001) ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค (mean diff. = 4.11, 95%CI = 3.39 ถึง 4.83, p -value = <0.001) และความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรค (mean diff. = 3.24, 95%CI = 2.54 ถึง 3.94, p -value = <0.001) ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่แตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (mean diff. = 0.71, 95%CI = -2.51 ถึง 3.93, p -value = 0.66) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการเกี่ยวกับโรค (mean diff. = 0.34, 95%CI = -0.21 ถึง 0.90, p -value = 0.22) ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลและบริการเกี่ยวกับโรค (mean diff. = 0.11, 95%CI = -0.80 ถึง 0.58, p -value = 0.76) ความสามารถในการสื่อสาร การตอบโต้ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค (mean diff. = 0.37, 95%CI = -1.27 ถึง 0.54, p -value = 0.42) ความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค (mean diff. = 0.00, 95%CI = -0.91 ถึง 0.91, p -value = 1.00) ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค (mean diff. = 0.34, 95%CI = -0.53 ถึง 1.21, p -value = 0.43) และความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรค (mean diff. = 0.05, 95%CI = -0.14 ถึง 1.14, p -value = 0.12) ไม่แตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=76)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค		mean (SD)	mean Diff.	95%CI	p-value
1. ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการเกี่ยวกับวัณโรค					
กลุ่มทดลอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	13.16 (2.10)	4.08	3.45 ถึง 4.71	<0.001*
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	17.24 (0.71)			
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	12.70 (1.56)	0.34	-0.21 ถึง 0.90	0.22
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	13.13 (1.19)			
2. ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลและบริการเกี่ยวกับวัณโรค					
กลุ่มทดลอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	14.82 (2.94)	2.84	1.95 ถึง 3.73	<0.001*
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	17.66 (0.71)			
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	13.89 (1.78)	0.11	-0.80 ถึง 0.58	0.76
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	13.79 (1.44)			
3. ความสามารถในการสื่อสาร การตอบโต้ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค					
กลุ่มทดลอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	14.47 (2.41)	3.16	2.40 ถึง 3.92	<0.001*
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	17.63 (1.03)			
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	14.16 (2.20)	0.37	-1.27 ถึง 0.54	0.42
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	13.79 (1.85)			
4. ความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมวัณโรค					
กลุ่มทดลอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	16.16 (1.37)	0.76	0.32 ถึง 1.21	<0.001*
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	16.92 (0.85)			
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	14.97 (2.12)	0.00	-0.91 ถึง 0.91	1.00
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	14.97 (1.67)			
5. ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมวัณโรค					
กลุ่มทดลอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	13.47 (2.40)	4.11	3.39 ถึง 4.83	<0.001*
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	17.58 (0.83)			
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	13.50 (2.17)	0.34	-0.53 ถึง 1.21	0.43
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	13.84 (1.62)			
6. ความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับวัณโรค					
กลุ่มทดลอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	13.32 (2.00)	3.24	2.54 ถึง 3.94	<0.001*
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	16.55 (1.11)			
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	13.26 (2.08)	0.50	-0.14 ถึง 1.14	0.12
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	13.76 (1.62)			
7. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค รวม 6 ด้าน					
กลุ่มทดลอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	85.39 (10.97)	18.19	14.97 ถึง 21.4	<0.001*
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	103.58 (3.52)			
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	82.58 (8.96)	0.71	-2.51 ถึง 3.93	0.66
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	83.29 (6.11)			

หมายเหตุ: * หมายถึง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุม วัณโรคก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ก่อนและหลัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรคไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff. = 1.26, 95%CI = -3.76 ถึง 6.29, p -value = 0.62) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการเกี่ยวกับวัณโรค (mean diff. = 0.05, 95%CI = -0.89 ถึง 0.99, p -value = 0.91) ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลและบริการเกี่ยวกับวัณโรค (mean diff. = 0.68, 95%CI = -0.48 ถึง 1.85, p -value = 0.25) ความสามารถในการสื่อสาร การตอบโต้เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค (mean diff. = 0, 95%CI = -1.11 ถึง 1.11, p -value = 1.00) ความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมวัณโรค (mean diff. = 1.13, 95%CI = 0.31 ถึง 1.96, p -value = 1.96) ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมวัณโรค (mean diff. = 0.37, 95%CI = -1.48 ถึง 0.75, p -value = 0.51) และความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับวัณโรค (mean diff. = 0.23, 95%CI = -1.23 ถึง 0.76, p -value = 0.64) ไม่แตกต่างกันเช่นกัน

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรคดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean diff. = 20.29, 95%CI = 18.00 ถึง 22.58, p -value = <0.001) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการเกี่ยวกับวัณโรค (mean diff. = 4.15, 95%CI = 3.66 ถึง 4.56, p -value = <0.001) ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลและบริการเกี่ยวกับวัณโรค (mean diff. = 3.87, 95%CI = 3.35 ถึง 4.39, p -value = <0.001) ความสามารถในการสื่อสาร การตอบโต้ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค (mean diff. = 3.84, 95%CI = 3.16 ถึง 4.53, p -value = <0.001) ความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมวัณโรค (mean diff. = 1.95, 95%CI = 1.34 ถึง 2.56, p -value = <0.001) ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมวัณโรค (mean diff. = 3.74, 95%CI = 3.15 ถึง 4.33, p -value = <0.001) และความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับวัณโรค (mean diff. = 0.79, 95%CI = 2.15 ถึง 3.43, p -value = <0.001) กลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=76)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค		mean (SD)	mean Diff.	95%CI	p -value
1. ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการเกี่ยวกับวัณโรค					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	13.16 (2.10)	0.05	-0.89 ถึง 0.99	0.91
	กลุ่มเปรียบเทียบ	13.11 (2.02)			
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	17.28 (0.71)	4.15	3.66 ถึง 4.56	<0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	13.13 (1.19)			

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค		mean (SD)	mean Diff.	95%CI	p-value
2. ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลและบริการเกี่ยวกับวัณโรค					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	14.82 (2.94)	0.68	-0.48 ถึง 1.85	0.25
	กลุ่มเปรียบเทียบ	14.13 (2.08)			
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	17.66 (0.71)	3.87	3.35 ถึง 4.39	<0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	13.79 (1.44)			
3. ความสามารถในการสื่อสาร การตอบโต้ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	14.47 (2.41)	0.00	-1.11 ถึง 1.11	1.00
	กลุ่มเปรียบเทียบ	14.47 (2.44)			
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	17.63 (1.03)	3.84	3.16 ถึง 4.53	<0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	13.79 (1.85)			
4. ความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมวัณโรค					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	16.11 (1.36)	1.13	0.31 ถึง 1.96	1.96
	กลุ่มเปรียบเทียบ	15.03 (2.15)			
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	16.92 (0.85)	1.95	1.34 ถึง 2.56	<0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	14.91 (1.67)			
5. ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	13.47 (2.40)	0.37	-1.48 ถึง 0.75	0.51
	กลุ่มเปรียบเทียบ	13.84 (2.48)			
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	17.58 (0.83)	3.74	3.15 ถึง 4.33	<0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	13.84 (1.62)			
6. ความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับวัณโรค					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	13.32 (2.00)	0.23	-1.23 ถึง 0.76	0.64
	กลุ่มเปรียบเทียบ	13.55 (2.33)			
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	16.55 (1.11)	2.79	2.15 ถึง 3.43	<0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	13.76 (1.62)			
7. ความรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค รวม 6 ด้าน					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	85.39 (10.97)	1.26	-3.76 ถึง 6.29	0.62
	กลุ่มเปรียบเทียบ	84.13 (11.01)			
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	103.58 (3.52)	20.29	18.0 ถึง 22.58	<0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	83.29 (6.11)			

หมายเหตุ: * หมายถึง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากเพียงพอที่จะปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม มีความสามารถด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อสื่อสารให้ตนเองและประชาชนเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคของตนเองอย่างถูกต้อง ที่เป็นเช่นนี้เป็นเพราะกลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติจริงจากสถานการณ์ที่มีอยู่ในพื้นที่ของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวรรณ ศรีทองพิมพ์ และคณะ (2567) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคปอดของ อสม. จังหวัดพะเยา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) บุคลากรสุขภาพสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมศักยภาพของ อสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคปอดในชุมชน ในแต่ละพื้นที่ได้

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรครายด้าน พบว่า

ด้านการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่าง ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากิจกรรม “มารู้จักโรค” ซึ่งให้การให้สุศึกษาสื่อภาพ และกิจกรรมกลุ่ม ช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ รวมถึงใช้เทคโนโลยีค้นหาบริการได้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสมัญญา มุขอาษา (2558) ที่พบว่าโปรแกรมเสริมพลังอำนาจช่วยเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ

ด้านการสื่อสารและการรู้เท่าทันสื่อ กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่เปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์นี้สะท้อนประสิทธิภาพของกิจกรรม “ค้นหาและสื่อสาร” ที่เน้นการฝึกทักษะการสื่อสาร การตั้งคำถาม และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ส่งผลให้สามารถแลกเปลี่ยนความรู้และใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ด้านการจัดการตนเองและการตัดสินใจ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างจากเดิม ซึ่งอาจเป็นผลจากกิจกรรม “รู้เขา-รู้เรา” และ “เป้าหมายของเรา” ที่ช่วยพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ ตัดสินใจ และการปฏิบัติในการป้องกันโรค รวมถึงการคัดกรองและเฝ้าระวังในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิดา รักไพฑูรย์ และคณะ (2565) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคในระดับสูง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับรู้ข่าวสารจากบอร์ดประชาสัมพันธ์ เป็นช่องทางหลัก รองลงมาคือ ช่องทางออนไลน์ ได้แก่ Line และ Facebook จึงควรประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ข่าวสารผ่านทางบอร์ดประชาสัมพันธ์ควบคู่กับการใช้สื่อออนไลน์ รวมทั้งฝึกให้อาสาสมัครสาธารณสุข มีความสามารถในการใช้สมาร์โฟนในการทำงาน เนื่องจากมีความจำเป็นต่อการทำงานในปัจจุบัน

2. ควรมีการส่งเสริมความสามารถในเรื่องการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค การแลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค และการเปรียบเทียบหรือตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มา ก่อนตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มมากขึ้น สามารถดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความคงอยู่ของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระยะยาว เพื่อนำมาพัฒนาและปรับปรุง ในการจัดโปรแกรมครั้งต่อไป

2. นำผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรค ไปศึกษาต่อยอดในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรค ปลอดภัยในการทำงานป้องกันและควบคุมโรค มีเครือข่ายในการทำงาน และเพิ่มอัตราสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยโรค

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กองโรค. (2564ก). *แนวทางการควบคุมโรคประเทศไทย*

พ.ศ. 2564 (พิมพ์ครั้งที่ 2). อักษรกราฟิกแอนดี้ไซน์.

<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1253220220330064337.pdf>

กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กองโรค. (2564ข). *แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้าน*

โรค พ.ศ. 2560-2564 (เพิ่มเติม พ.ศ. 2565). อักษรกราฟิกแอนดี้ไซน์.

<https://infocenter.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER28/DRAWER068/GENERAL/DATA0001/00001041.PDF>

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). *กลยุทธ์การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ.* สามเจริญพาณิชย์.

<https://hed.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/06/กลยุทธ์การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ.pdf>

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสุขภาพ. (2562). *โปรแกรมสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ.*

<https://satun.moph.go.th/wordpress/wp-content/uploads/2020/11/03-โปรแกรมสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างความรู้.pdf>

- กรมอนามัย. (2561). *แนวคิดหลักการขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ*. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน.
https://mwi.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/mwi/n1139_a5a9caa9ec03f3d810c1f83cb7da874e_article_20180924133139.pdf
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). *คู่มือ อสม.หมอบประจำบ้าน*.
<https://online.pubhtml5.com/nqgq/jabh/>
- จันทร์รา สุวรรณธาร, และณัฐธิดา พิมพ์กมลวัต. (2566). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้และแบ่งปัน โรคโควิดโรคต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(1), 197-206.
- จิราวรรณ ศรีทองพิมพ์, กนกพร โค้งจริยะพันธ์, ศจีษฐา รีรักษ์, และอริญญา นามวงศ์. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 20(2), 62-73.
- บุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 16(2), 9-18.
- สมัญญา มุขอาษา. (2558). *ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่* [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. TU Digital Collections.
https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:90971
- สุวิดา รักไพฑูรย์, จ่านงค์ ธนะภพ, มานา นราเมธกุล, และศศิธร ธนะภพ. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดของเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์. ใน *บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, การประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 4 “Graduate School Conference 2022 iHappiness: ความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนในยุคสังคมดิจิทัล* (หน้า 160-168). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
<http://www.journalgrad.ssru.ac.th/index.php/miniconference/article/view/4018>
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2558). *สถิติวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 4). วิทย์พัฒน์.
- World Health Organization. (2024, October 29). *Global tuberculosis report 2024*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240101531>

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการคุณภาพการพยาบาลโดยใช้ ADDIE Model เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลสุรินทร์

จันทนา แพงบุตตี, พย.บ.*

สุธิดา วนแสงสกุล, พย.ม.*

ปาริชาติ หาญมานพ, พย.ม.**

Received: January 6, 2021

Revised: April 24, 2026

Accepted: April 27, 2026

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลสุรินทร์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและมีศูนย์ความเป็นเลิศทั้ง 7 ด้าน ได้มีการพัฒนาศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องในด้านการพยาบาล พัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพบริการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อมุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลมาตรฐานการพยาบาลระดับสากล การประเมินคุณภาพในโรงพยาบาลถือเป็นกลไกเชิงกลยุทธ์ที่ช่วยยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติงานและคงไว้ซึ่งผลลัพธ์เชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานนี้เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ ถอดบทเรียน และอธิบายรูปแบบการบริหารจัดการคุณภาพการพยาบาลและการประกันคุณภาพบริการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุรินทร์ โดยประยุกต์ใช้ ADDIE Model เป็นกรอบการดำเนินงาน ประกอบด้วย การวิเคราะห์บริบทองค์กรทั้งภายในและภายนอก การออกแบบระบบงานโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ การพัฒนาเครื่องมือและแนวปฏิบัติการพยาบาล การนำแผนไปใช้ผ่านกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร และการประเมินผลเพื่อถอดบทเรียนและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานพบว่าปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญคือ การที่องค์กรนำ ADDIE Model มาใช้เป็นกรอบในการบริหารจัดการคุณภาพการพยาบาล ส่งผลให้ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสุรินทร์ ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพภายในร้อยละ 100 จากเดิมที่อยู่ระดับร้อยละ 60-70 และได้รับรางวัลการประกันคุณภาพโรงพยาบาลในระดับ NQA Class ประจำปีพ.ศ. 2567 ซึ่งสะท้อนถึงมาตรฐานคุณภาพบริการพยาบาลที่เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ และเป็นการวางรากฐานที่แข็งแกร่งเพื่อมุ่งสู่รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award) ในอนาคต

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การบริหารจัดการคุณภาพการพยาบาล ความเป็นเลิศ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสุรินทร์

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสุรินทร์; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: paricharttar1972@gmail.com

Development of a Nursing Quality Management Model using ADDIE Model to Achieve Excellence (NQA), Surin Hospital

Chantana Paengbuddee, B.S.N.*
Suthida Wanasangsakun, M.S.N.**
Parichart Hanmanop, M.S.N.**

Abstract

Surin Hospital is a tertiary care hospital with seven centers of excellence. The institution has continuously enhanced its clinical service capacity, particularly in nursing, by systematically developing quality management systems for nursing services. These efforts aim to achieve international standards in nursing practice. Quality assessment in hospitals serves as a strategic mechanism to elevate operational standards and sustain evidence-based outcomes.

The objective of this initiative was to synthesize knowledge, extract lessons learned, and describe the model of nursing quality management and nursing service quality assurance implemented by the Nursing Division of Surin Hospital. The ADDIE Model was applied as the operational framework, consisting of analysis of internal and external organizational contexts, design of evidence-based systems, development of tools and nursing practice guidelines, implementation through capacity-building activities for personnel, and evaluation for continuous improvement and lesson learned integration. The results indicated that a key success factor was the adoption of the ADDIE Model as a framework for nursing quality management. This led to the Nursing Division achieving 100% compliance in internal quality assessments, compared to the previous level of 60–70%. Furthermore, the hospital received the NQA Class Quality Award in 2024, reflecting nationally recognized standards in nursing service quality and establishing a strong foundation for pursuing the Thailand Quality Award (TQA) in the future.

Keywords: Model development, Nursing quality management, Achieve excellence

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Surin Hospital

** Registered Nurse, Senior Professional Level, Surin Hospital; Corresponding Author E-mail: paricharttar1972@gmail.com

บทนำ

การบริการพยาบาลนับเป็นบริการหลักที่สำคัญยิ่งของระบบบริการสุขภาพในสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับ โดยจัดเป็นบริการเชิงวิชาชีพ (professional service) ที่มีการบูรณาการทฤษฎี หลักการ และองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเข้ากับความรู้ทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ดังนั้นการพัฒนาบริการพยาบาลจึงต้องมีการปรับตัวและพัฒนาคุณภาพอย่างไม่หยุดนิ่ง เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยได้อย่างทันที่ โดยมีเป้าหมายในการดูแลผู้ใช้บริการอย่างครอบคลุมและองค์รวม (holistic care) ซึ่งมีได้จำกัดอยู่เพียงการบำบัดอาการเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการส่งเสริมสวัสดิภาพด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดำเนินการดังกล่าวนี้มุ่งเน้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนผู้ใช้บริการ และเป็นกลไกสำคัญในการนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนของประชาชาติ (กองการพยาบาล, สำนักงานปลัดกระทรวง, 2562)

คุณภาพบริการพยาบาลนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ซึ่งรวมถึงความสามารถในการลดความรุนแรงของโรคและอัตราการตายของผู้ป่วยลงได้ (Zaranko et al., 2023) การจัดบริการที่มีคุณภาพสูงจะช่วยให้สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันที่ ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤติของโรค และนำไปสู่การคืนสู่สภาวะ (wellness) โดยปราศจากความเสี่ยงและข้อผิดพลาดในการดูแล ดังนั้นคุณภาพบริการพยาบาล จึงหมายถึงการจัดบริการที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ ทั้งนี้คุณภาพดังกล่าวยังสามารถสะท้อนได้จากตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงบริการที่ง่าย ความพึงพอใจในการได้รับบริการ และความต่อเนื่องในการใช้บริการ (Mitchell, 2016) การประเมินคุณภาพ (quality assessment) เป็นกลไกเชิงกลยุทธ์ที่มีความสำคัญยิ่งต่อการยกระดับคุณภาพขององค์กร ซึ่งนำไปสู่การบรรลุมาตรฐานและการได้รับการยอมรับในระดับสากล การดำเนินการประเมินมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อส่งเสริมกระตุ้น และสนับสนุนให้หน่วยงานบริการพยาบาลของสถานบริการสุขภาพทุกระดับมีการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นการต่อยอดการพัฒนา รักษาผลลัพธ์เชิงประจักษ์ของการพัฒนา (sustaining outcomes) และเตรียมความพร้อมให้สถานบริการสุขภาพสามารถผ่านการรับรองคุณภาพบริการโดยรวมจากองค์กรภายนอกได้ (กองการพยาบาล, สำนักงานปลัดกระทรวง, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบและกลไกในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลมีแนวทางที่หลากหลายและมีบริบทที่แตกต่างกันไปตามองค์กร เช่น รูปแบบการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (สกลรัตน์ พาลาฮาด และคณะ, 2568) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนา ได้แก่ 1) การจัดเตรียมอัตรากำลังสำรองสำหรับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล 2) การกำหนดแนวปฏิบัติและเป้าหมายการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทและศักยภาพของโรงพยาบาล 3) การจัดอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะในการประเมินคุณภาพการพยาบาล 4) การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (mentorship system) 5) การกำหนดช่องทางและความถี่ในการติดตามผลการดำเนินงาน 6) การจัดกิจกรรมสร้างขวัญและกำลังใจสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลระดับปฏิบัติการ และรูปแบบโมเดล CACEEDS ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลพุทธชินราช (ศิริพร สิริวัฒนไพศาล และคณะ, 2566) ซึ่งได้นำเสนอโมเดลการพัฒนาคุณภาพที่มุ่งเน้นการบูรณาการด้านกลยุทธ์ โครงสร้าง และวัฒนธรรมองค์กร ซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่: 1) clarity and challenge goal (C): ความชัดเจนและความท้าทายของเป้าหมาย 2) all-around analysis strategic plan (A): การวิเคราะห์รอบด้านและการจัดทำแผนกลยุทธ์ 3) correct

executive structure (C): โครงสร้างผู้บริหารที่ถูกต้องและเหมาะสม 4) enlighten quality assurance (E): การส่งเสริมความรู้ด้านการประกันคุณภาพ 5) effective communication and supervision (E): การสื่อสารและกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ 6) development of information technology (D): การพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 7) strengthen organizational culture (S): การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เข้มแข็ง

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นองค์กรวิชาชีพพยาบาล (professional nursing organization) ในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (tertiary care hospital) ที่มุ่งมั่นดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์และพันธกิจหลักในการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ ด้วยความมุ่งมั่นดังกล่าว องค์กรจึงได้ตั้งเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ในการยกระดับคุณภาพ โดยกำหนดให้ทุกหน่วยงานในกลุ่มการพยาบาล ต้องมีคะแนนการประเมินคุณภาพภายในมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ซึ่งเป็นเกณฑ์มาตรฐานที่สำคัญ (กองการพยาบาล, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) จากความเข้าใจร่วมกันและการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้ในปีพ.ศ. 2567 ทุกหน่วยงานบริการพยาบาลมีคะแนนการประเมินคุณภาพภายในอยู่ระหว่างร้อยละ 60-70 ได้สำเร็จ ความสำเร็จนี้ไม่เพียงแต่สร้างความภาคภูมิใจให้กับบุคลากรเท่านั้น แต่ยังเป็นแรงขับเคลื่อน (driving force) สำคัญที่กระตุ้นให้องค์กรขยายขอบเขตการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อขอรับการประกันคุณภาพในภาพรวมขององค์กรพยาบาล ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นที่ยอมรับขององค์กรพยาบาลอื่น สหสาขาวิชาชีพ และสาธารณชน ในปีพ.ศ. 2567 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ได้รับการประเมินการประกันคุณภาพในโรงพยาบาล และได้รับรางวัลการประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ระดับ NQA Class จากกระทรวงสาธารณสุข ความสำเร็จดังกล่าวถือเป็นการรับรอง (guaranty) เชิงประจักษ์ถึงคุณภาพและมาตรฐานบริการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานนี้เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ ถอดบทเรียน และอธิบายรูปแบบการบริหารจัดการคุณภาพการพยาบาลและการประกันคุณภาพบริการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยประยุกต์ใช้ ADDIE Model เป็นกรอบการดำเนินงาน ประกอบด้วย การวิเคราะห์บริบทองค์กรทั้งภายในและภายนอก การออกแบบระบบงานโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ การพัฒนาเครื่องมือและแนวปฏิบัติการพยาบาล การนำแผนไปใช้ผ่านกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร และการประเมินผลเพื่อถอดบทเรียนและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

การเผยแพร่การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการคุณภาพการพยาบาลโดยใช้ ADDIE Model เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลสุรินทร์ มุ่งเน้นไปที่การบรรลุเป้าหมายสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การสังเคราะห์องค์ความรู้ เพื่ออธิบายแนวคิด หลักการ และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งถอดบทเรียนและสังเคราะห์กลไกจากการดำเนินงานพัฒนาและประกันคุณภาพบริการพยาบาล 2) การยกระดับมาตรฐานเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาลและสาธารณชนโดยรวม 3) การขับเคลื่อนความต่อเนื่อง เพื่อเป็นกลไกในการสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมให้บุคลากรกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ร่วมมือกันพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการเตรียมความพร้อมเพื่อขอรับการประเมินและรางวัล Nursing Quality Assurance Award จากกระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2569

หลักการและแนวคิดของการพัฒนาและประกันคุณภาพการบริการพยาบาล

1. กระบวนการประกันคุณภาพการบริการพยาบาล

การประกันคุณภาพ (Quality Assurance: QA) หมายถึง กระบวนการควบคุมคุณภาพที่เน้น การตรวจสอบและการดำรงรักษามาตรฐาน ซึ่งแนวคิดดั้งเดิมในระดับสากลมิได้ครอบคลุมถึงกระบวนการ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในบริบทของการพัฒนาระบบสุขภาพ แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ได้ถูกนำมาใช้เพื่อเน้นย้ำ ถึงการปรับปรุงระบบและกระบวนการทำงานอย่างไม่หยุดยั้ง สำหรับประเทศไทย กองการพยาบาลได้ประยุกต์ แนวคิด QA ให้ครอบคลุมถึงหลักการของ CQI ด้วย ดังนั้นในทางการพยาบาลของไทย การประกันคุณภาพ การพยาบาล (QA) จึงหมายถึง กระบวนการดำเนินงานที่เป็นระบบ มีแบบแผน และมีกิจกรรมที่เป็นขั้นตอน ต่อเนื่อง เพื่อวัดและประเมินคุณภาพบริการพยาบาล ทั้งด้านโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) โดยบุคลากรภายในสถานบริการสาธารณสุขเอง การประกันคุณภาพการพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อให้เป็นหลักประกัน (assurance) ว่า หน่วยงานและผู้ปฏิบัติการพยาบาลมีการจัดบริการและ การปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ มีการแก้ไขข้อบกพร่อง และการปรับปรุงคุณภาพอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อธำรงไว้ซึ่งระดับคุณภาพที่วิชาชีพและองค์กรคาดหวัง (สำนักการพยาบาล, 2554) การประเมิน คุณภาพการบริการพยาบาลในระดับองค์กรและหน่วยงาน เริ่มต้นจากการมีระบบการประกันคุณภาพภายใน องค์กรพยาบาล (Internal QA System) โดยดำเนินการตามเครื่องมือประเมินคุณภาพที่กำหนด และวางแผนพัฒนาบริการพยาบาลตามผลการประเมิน มีการปรับปรุงผลการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ องค์ประกอบ หลัก: การพัฒนาคุณภาพเน้นการวิเคราะห์ระบบงานเพื่อแสวงหาโอกาสในการพัฒนา (opportunities for improvement) หรือการออกแบบระบบการปฏิบัติงาน/แนวทางปฏิบัติงานใหม่ให้สอดคล้องตามโครงสร้าง ของมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐานการบริหารการพยาบาล มาตรฐาน การบริการพยาบาล และตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล การทวนสอบและรับรองคุณภาพภายนอก ในกรณีที่ องค์กรพยาบาลต้องการให้องค์กรภายนอกมาทวนสอบกระบวนการ (external validation) ผลลัพธ์ทางการ พยาบาล และระดับคุณภาพที่บรรลุ เพื่อสร้างความมั่นใจและความน่าเชื่อถือในระดับสูง สามารถขอรับการ ประเมินคุณภาพจากกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขได้ การรับรองคุณภาพนี้ทำหน้าที่เป็นหลักประกัน ต่อสาธารณชนว่า องค์กรพยาบาลแห่งนี้มีระบบที่เป็นมาตรฐานในการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ การพยาบาลได้ตามมาตรฐาน หรือสูงกว่ามาตรฐาน โดยมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี และเหนือกว่าองค์กร เทียบเคียง ซึ่งถือเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (กองการพยาบาล, 2562)

โรงพยาบาลสุรินทร์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ (excellence center) ในเขตบริการสุขภาพที่ 9 ซึ่งมีการกิจหลักในการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนในพื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ได้กำหนดวิสัยทัศน์ที่มุ่งสู่ "โรงพยาบาล มาตรฐานการพยาบาลระดับสากลที่ประชาชนเชื่อมั่นและวางใจ" โดยได้จัดทำประเด็นยุทธศาสตร์ (strategic issues) ขึ้น 3 ด้าน เพื่อใช้เป็นกรอบในการขับเคลื่อนการพัฒนาและประกันคุณภาพบริการพยาบาล ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ ประเด็นยุทธศาสตร์หลัก 3 ด้าน ได้แก่ 1) คุณภาพและความเป็นเลิศ การจัดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย มีมาตรฐานสากล และมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาล (nursing excellence) 2) บุคลากรและวัฒนธรรมองค์กร การบริหารและพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อม ในการบริการ ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมร่วมที่เข้มแข็ง เพื่อนำไปสู่การเป็นองค์กร แห่งความสุขอย่างยั่งยืน 3) นวัตกรรมและสารสนเทศ การพัฒนาระบบสารสนเทศ และการจัดการความรู้ ทางการพยาบาล เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ดังกล่าว องค์กรได้กำหนดเข็มมุ่ง (strategic focus)

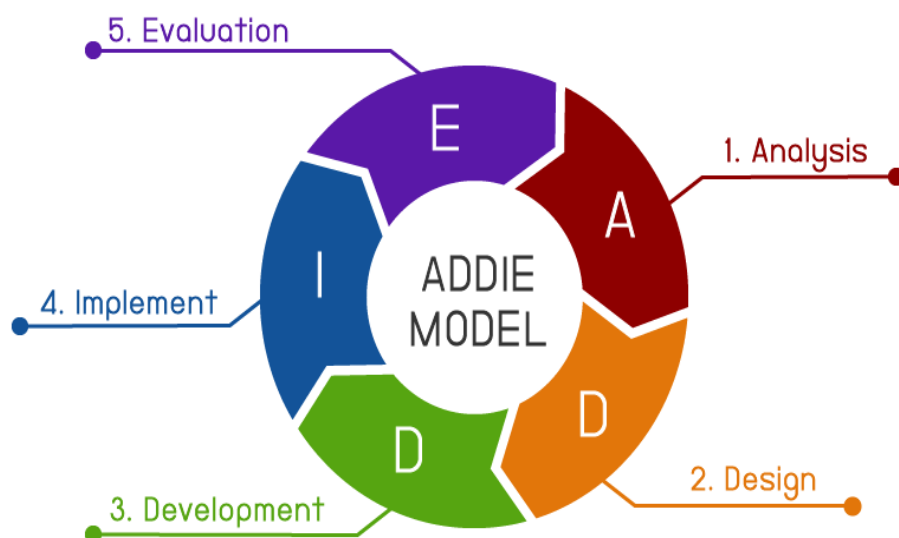
ที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาความเสี่ยงทางคลินิก การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ การพัฒนาระบบโรงพยาบาลดิจิทัล (digital hospital) และการพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญและมีจริยธรรม กลุ่มการพยาบาลได้กำหนดเป้าหมายเชิงปริมาณ (quantitative goals) ที่ท้าทาย โดยระบุว่า ทุกหน่วยงานต้องผ่านการประเมินคุณภาพภายในระดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 100 และตั้งเป้าหมายที่จะผ่านการประเมินคุณภาพภายนอกในระดับ Nursing Quality Assessment Award (NQA Award) ด้วยคะแนนไม่ต่ำกว่า 700 คะแนน การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องหลังจากที่องค์กรสามารถผ่านการประเมินคุณภาพการพยาบาลระดับ 3 ในปี พ.ศ. 2567 และปัจจุบันได้เตรียมพร้อมเพื่อขอรับการประเมินซ้ำ โดยกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่จะผ่านการประเมินคุณภาพการพยาบาลภายในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ประเภท 1 Nursing Quality Assessment Award (NQA Award) ให้ได้ภายในปีพ.ศ. 2569

2. กระบวนการ ADDIE MODEL

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาและประกันคุณภาพบริการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ได้ถูกขับเคลื่อนโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาเชิงระบบ ADDIE Model (Bruce & Myron, 2011) ดังรูปที่ 1 โดยประกอบด้วย

รูปที่ 1

แผนภาพแสดง ADDIE Model



หมายเหตุ. จาก ADDIE Model คืออะไร? โดย บริษัท พีเพิล แวลู โซลูชัน โปรไวเดอร์ จำกัด, 2562.
(<https://www.peoplevalue.co.th/content/9119/addie-model-คืออะไร>)

ขั้นตอนที่ 1: การวิเคราะห์ (Analysis)

ขั้นตอนนี้มุ่งเน้นการวิเคราะห์บริบทภายในและภายนอกอย่างครอบคลุม เพื่อกำหนดทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ และเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติ

1.1 การวิเคราะห์และกำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์ มีการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กรพยาบาล ควบคู่ไปกับการศึกษาทิศทางนโยบายจากระดับกระทรวงสาธารณสุข กองการพยาบาล และระดับโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการวางแผนระยะยาวและแผนปฏิบัติการ

(action plan)เครื่องมือวิเคราะห์:ปัจจัยภายใน: ใช้แนวคิด Mackinsey 7-S Framework เพื่อวิเคราะห์โครงสร้าง ระบบ และความสามารถ (capabilities) ภายในองค์กร ปัจจัยภายนอก: ใช้ PESTEL Model เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก อาทิ การเมือง เศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม และกฎหมาย เพื่อประเมินผลกระทบและความเสี่ยงต่อองค์กร การมีส่วนร่วมและการกำกับดูแล: แผนกลยุทธ์ถูกจัดทำขึ้นด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วมของผู้บริหารทุกระดับ (participatory planning) และมีการกำหนดกลไกการติดตามแผน (mid-year review) โดยจัดทำแบบฟอร์มที่มีเป้าประสงค์ ระยะเวลาดำเนินการ และตัวชี้วัดที่ชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายตามกำหนด

1.2 การจัดทำยุทธศาสตร์และค่านิยมร่วม ในการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำยุทธศาสตร์ปี 2566-2568 (วันที่ 24-25 สิงหาคม 2566) ผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับ (หัวหน้าพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน 16 สาขา หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน) และตัวแทนพยาบาลวิชาชีพ ได้ดำเนินการวิเคราะห์ SWOT analysis ร่วมกัน โดยนำผลการวิเคราะห์ SWOT ในระดับหน่วยงานและกลุ่มงานมาเป็นปัจจัยนำเข้าในการวิเคราะห์ระดับองค์กรผลจากการวิเคราะห์นำไปสู่การกำหนดทิศทางที่สำคัญ ดังตาราง 1

ตาราง 1

แสดงรายละเอียดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมองค์กร ค่านิยมกลุ่มการพยาบาล และเป้าหมายของโรงพยาบาลสุรินทร์

องค์ประกอบ	รายละเอียด
วิสัยทัศน์ (2566-2568)	"โรงพยาบาลมาตรฐานระดับสากลที่ประชาชนเชื่อมั่นและวางใจ" (อ้างอิงตามมาตรฐาน PMQA, NQA, QA)
พันธกิจ	1. จัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ 2. บริหารบุคลากรโดยหลักธรรมาภิบาล เสริมสร้างความเชี่ยวชาญและความก้าวหน้าในอาชีพ 3. บริหารจัดการทรัพยากรโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ 4. เป็นแหล่งฝึกและพัฒนาวิชาชีพพยาบาล
ค่านิยมองค์กร (SURIN)	S = Safety, U = Unity, R = Respect, I = Integrity, N = Network
ค่านิยมกลุ่มการพยาบาล (MOPH SURIN NURSE)	N = Nourish U = Unity R = Responsibility S = Standard E = Empowerment
เป้าหมายหลัก	ผู้รับบริการได้รับบริการที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน มุ่งเน้นการจัดระบบบริการสู่ความเป็นเลิศ การบริหารบุคลากร และการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและการจัดการความรู้

ขั้นตอนที่ 2: การออกแบบ (Design)

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการออกแบบระบบงาน (system design) และกลไกการพัฒนาคุณภาพ
อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีกิจกรรมสำคัญที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ดังตาราง 2

ตาราง 2

แสดงกิจกรรมเชิงกลยุทธ์ วัตถุประสงค์ และผลลัพธ์/นัยสำคัญเชิงวิชาการ

ลำดับ	กิจกรรมเชิงกลยุทธ์ (Strategic Activity)	วัตถุประสงค์หลัก	ผลลัพธ์/ นัยสำคัญเชิงวิชาการ
2.1	การอบรมเชิงปฏิบัติการ "การจัดระบบสารสนเทศทางการแพทย์" (15-16 มิ.ย. 2566)	พัฒนาชุดข้อมูลทางการแพทย์เพื่อปรับปรุงกระบวนการบริหารและวางแผนทางสู่องค์กรดิจิทัล (digital organization)	การจัดทำฐานข้อมูลผลลัพธ์ทางการแพทย์: พัฒนาชุดข้อมูลตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ (HA, QA, service plan, nursing outcome) รวมถึงการกำหนดตัวเทียบเคียง (Benchmarking) ตามเกณฑ์ QA THIP โดยเปรียบเทียบกับจังหวัดบุรีรัมย์
2.2	การเขียนแบบรายงานการประเมินตนเอง (Self-Assessment Report: SAR) (พ.ย. 2566 - ก.พ. 2567)	เตรียมเอกสารเพื่อขอรับการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์กองการพยาบาล โดยใช้หลักการการมีส่วนร่วม (participation)	การวิเคราะห์ห้วงการเชิงลึก: ครอบคลุมการวิเคราะห์โครงสร้าง (16 กลุ่มงาน บุคลากร 1,714 คน) ขอบเขตความรับผิดชอบ การจำแนกผู้ให้บริการ การกำหนดเป้าประสงค์เชิงปริมาณและคุณภาพ การทบทวนแผนกลยุทธ์ (3-5 ปี) ตามวงจร PDCA/TDR และการนำเสนอผลการดำเนินงานตามโครงสร้าง 7 หมวดของเกณฑ์คุณภาพ
2.3	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร: การเขียน SAR (3-5 ม.ค. 2567)	เสริมสร้างองค์ความรู้ร่วม (shared knowledge) ในการเขียน SAR และเตรียมความพร้อมบุคลากรเพื่อรับการเยี่ยมประเมิน NQA	การยกระดับมาตรฐานความรู้: มุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานคุณภาพ (200 คน) เพื่อให้มีความเข้าใจในแนวทางเดียวกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพ และนำผลการประเมินไปกำหนดเป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพต่อไป

ตาราง 2 (ต่อ)

ลำดับ	กิจกรรมเชิงกลยุทธ์ (Strategic Activity)	วัตถุประสงค์หลัก	ผลลัพธ์/ นัยสำคัญเชิงวิชาการ
2.4	โครงการศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก (NQA Award Model) (11-13 ก.พ. 2567)	เพิ่มความเข้าใจในแนวทางการ ตรวจประเมินและนำแนวปฏิบัติที่ เป็นเลิศ (best practices) จาก องค์กรต้นแบบมาประยุกต์ใช้	การเทียบเคียงและปรับปรุงระบบ: ทีมนำ (80 คน) ได้นำผลการวิพากษ์ จุดเด่นของโรงพยาบาลต้นแบบ (เช่น ระบบสารสนเทศที่โดดเด่น) มาปรับปรุงและพัฒนาบริการใน กลุ่มการพยาบาลทั้ง 7 หมวด อาทิ การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย รายโรค และการพัฒนาสมรรถนะ ทางการพยาบาลตามช่วงวัย (generation)
2.5	การตรวจสอบและส่งแบบรายงาน การประเมินตนเอง (SAR submission) (ภายใน 30 มี.ค. 2567)	ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ ของเอกสารเพื่อแสดงความพร้อม ในการเข้าสู่กระบวนการรับรอง คุณภาพ	การควบคุมเอกสาร (document control): เน้นย้ำความถูกต้องของ ข้อมูลพื้นฐาน การอนุมัติ เนื้อหา ที่สอดคล้องกับมาตรฐานและ การควบคุมเวอร์ชันของเอกสาร ทั้งหมดที่อ้างอิง เพื่อให้เกิดความ น่าเชื่อถือทางวิชาการ
2.6	โครงการอบรมพัฒนาฐานข้อมูล สารสนเทศฯ และนำเสนอ Dashboard (27-28 มิ.ย. 2567 และ 17 ก.ค. 2567)	พัฒนาระบบบริการให้มี ประสิทธิภาพ และนำเสนอ เครื่องมือบริหารจัดการข้อมูล เชิงประจักษ์	การจัดทำ Dashboard: พัฒนาเครื่องมือ แสดงผลการดำเนินงาน (Dashboard) ของแต่ละกลุ่มงาน โดยมุ่งเน้น การนำเสนอข้อมูลโครงสร้าง สถิติ ตัวชี้วัด และผลงานวิชาการ เพื่อ สนับสนุนการตัดสินใจเชิงบริหาร
2.7	โครงการพัฒนาพฤติกรรมบริการ ด้วยค่านิยม SURIN (19 ส.ค. 2567)	สร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากร ต่างช่วงวัย (inter-generational) ได้แก่ Gen X, Y, และ Z ในการ กำหนดพฤติกรรมบริการที่ เชื่อมโยงกับค่านิยมหลักของ องค์กร (SURIN) ให้เป็นรูปธรรม	การขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ: กำหนดพฤติกรรมบริการตามค่านิยม (behavioral competencies) ที่ชัดเจนและปฏิบัติได้จริง เช่น : S (Safety): การปฏิบัติตาม มาตรฐาน IC อย่างเคร่งครัด; U (Unity): การทำงานเป็นทีม; R (Respect): การเคารพให้เกียรติ ซึ่งกันและกัน; I (Integrity): ความซื่อสัตย์; และ N (Network): การแบ่งปันทำเพื่อส่วนรวม

ตาราง 2 (ต่อ)

ลำดับ	กิจกรรมเชิงกลยุทธ์ (Strategic Activity)	วัตถุประสงค์หลัก	ผลลัพธ์/ นัยสำคัญเชิงวิชาการ
2.8	โครงการพัฒนาพฤติกรรมบริการบุคลากรด้านหน้าสู่ความเป็นเลิศ (6-10 ก.ย. 2567) และโครงการพัฒนาสมรรถนะผู้นำทางการพยาบาล "Smart Leader" (10 ก.ย. 2567)	ยกระดับสมรรถนะบุคลากรผู้ให้บริการโดยตรง และพัฒนาศักยภาพผู้นำยุคใหม่	การพัฒนาสมรรถนะเชิงกลยุทธ์: 1. พัฒนาพฤติกรรมบริการ: มุ่งเน้นบุคลากรด้านหน้าเพื่อส่งเสริมความเป็นเลิศในการบริการ (service excellence) 2. พัฒนาผู้นำ (smart leader): พัฒนาสมรรถนะผู้นำทางการพยาบาล โดยได้รับความรู้จากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้สามารถบริหารจัดการความท้าทายในยุคปัจจุบันและนำทีมสู่เป้าหมายเชิงกลยุทธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3: การพัฒนา (development)

ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการในการสร้างและปรับปรุงเครื่องมือ เอกสาร และระบบสนับสนุนการทำงานที่จำเป็นต่อการพัฒนาและประกันคุณภาพการพยาบาล ซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ด้านหลัก ดังนี้:

3.1 การสร้างและปรับปรุงเครื่องมือ/สารสนเทศ (develop & produce materials)

ตาราง 3

แสดงกิจกรรมหลักการพัฒนาและผลลัพธ์/นัยสำคัญเชิงวิชาการ

ลำดับ	กิจกรรมหลัก	ผลลัพธ์/นัยสำคัญเชิงวิชาการ
3.1.1	การจัดทำแบบรายงานการประเมินตนเอง (SAR) และนำเสนอต่อกองการพยาบาล	การพัฒนาเอกสารหลักเพื่อสื่อสารคุณภาพ (key quality communication tool): จัดทำฉบับร่าง (drafting) และการตรวจสอบภายใน (internal review) โดยหัวหน้ากลุ่มงาน 16 กลุ่มงาน เพื่อยืนยันความสมบูรณ์ของเอกสาร SAR ตามเกณฑ์ NQA ก่อนการนำเสนอต่อหน่วยงานภายนอก (มีนาคม 2567) รวมถึงการจัดทำ SAR ระดับกลุ่มงาน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารผลการประเมินเบื้องต้นและข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงในระดับหน่วยงาน การจัดทำนโยบายการเก็บตัวชี้วัดเพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เป็นหนึ่งเดียวกัน
3.1.2	การปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะโรค (CPGs)	การยกระดับมาตรฐานทางคลินิก: พัฒนาและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะโรค/ภาวะวิกฤตที่ซับซ้อน (อาทิ necrotizing fasciitis, severe head injury, DKA, การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด) และการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางตาม excellence center เพื่อให้บุคลากรมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นไปตามมาตรฐานล่าสุด

ตาราง 3 (ต่อ)

ลำดับ	กิจกรรมหลัก	ผลลัพธ์/นัยสำคัญเชิงวิชาการ
3.1.3	การนำเสนอและวิเคราะห์ความคืบหน้า การพัฒนา NQA (24 และ 27 พ.ค. 2567)	การบูรณาการและการสื่อสารยุทธศาสตร์: กลุ่มการพยาบาลทั้ง 16 กลุ่มงาน นำเสนอและวิเคราะห์ความคืบหน้าตามเกณฑ์ NQA ทั้ง 7 หมวด เพื่อให้เกิดความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน โดยเน้นการวิเคราะห์กระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ การใช้สารสนเทศ (EIS, paperless, website) การจัดการความรู้ (16 CoP) การพัฒนาบุคลากร และการวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
3.1.4	การพัฒนานวัตกรรม (innovation development)	การสร้างสรรค์นวัตกรรมดิจิทัล: พัฒนาแอปพลิเคชัน Surin Blood Safety (SBS) เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการบริหารจัดการเลือด และการดำเนินงานเพื่อรองรับรางวัลนวัตกรรม
3.1.5	การพัฒนาระบบบริหารยาด้วย คอมพิวเตอร์ (EMAR)	การเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา: ร่วมกับเภสัชกรและศูนย์คอมพิวเตอร์พัฒนา Electronic Medication Administration Record (EMAR) โดยใช้เทคโนโลยี QR Code ที่ชื่อยาและป้ายชื่อมือผู้ป่วย รวมถึงการใช้ application "View Chart" เพื่อบันทึกการให้ยาและเชื่อมต่อกับระบบ HoSXP เพื่อลดความเสี่ยงข้อผิดพลาดด้านยา
3.1.6	การจัดการความรู้และวิจัย (knowledge management & research)	การสร้างฐานความรู้เชิงประจักษ์: จัดตั้งคลังความรู้ 16 ชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) โดยใช้ KM Tool ในการประชุมแบบ face to face และนำผลงานวิจัยเชิงประจักษ์ (EBP) 60 เรื่อง มาสรุปเป็นรูปแบบการปฏิบัติ 26 เรื่อง (เช่น การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ pulmonary embolism (PE) และการดูแลผู้ป่วยภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน)

3.2 การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (staff competency development)

กลุ่มการพยาบาลได้พัฒนาชุดการฝึกอบรม (training package) และกลไกการนิเทศ ดังนี้:

1) การพัฒนาความรู้และเกณฑ์มาตรฐาน: จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในมาตรฐาน QA, NQA และการพัฒนา (ก.พ.-มี.ค. 2567)

2) การพัฒนาเครื่องมือและการนิเทศภายใน: ดำเนินการลงเยี่ยมประเมินคุณภาพบริการหน่วยงานภายใน (internal audit) ประจำปี 2567 (15-21 มิ.ย. 2567) โดยเน้นการพัฒนาเครื่องมือตรวจสอบ (checklist/observation tool) และการพัฒนาศัภยภาพผู้ประเมินภายใน (internal assessor) เพื่อให้สามารถให้ข้อเสนอแนะเชิงลึกได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

3) การสื่อสารนโยบาย: ประกาศนโยบายกลุ่มการ แนวทางปฏิบัติการพยาบาล และ CPGs เฉพาะโรคในเดือนสิงหาคม 2567 เพื่อสื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง

3.3 การทดสอบและปรับปรุงความพร้อม (piloting and readiness refinement)

ขั้นตอนนี้สะท้อนถึงการสร้างฉบับปรับปรุงและการเตรียมความพร้อมก่อนรับการประเมินจริง:

1) การปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ: หน่วยงานดำเนินการสร้างฉบับปรับปรุง (revision) และชุดการดำเนินการปรับแก้ (corrective action plan) (เม.ย.-พ.ค. 2567) ตามคำแนะนำที่ได้รับจากการประเมินภายใน

2) การจำลองสถานการณ์ (mock audit): จัดการประชุม/ซ้อมรับการประเมิน (24 และ 27 พ.ค. 2567) โดยให้หัวหน้ากลุ่มงานนำเสนอผลงานของหน่วยงานตนเอง เพื่อจำลองสถานการณ์จริง (Simulation) และพัฒนาชุดเอกสาร/การนำเสนอ (presentation/evidence portfolio)

3) การประเมินไขว้ (cross-evaluation): จัดการประเมินไขว้โดยทีมตรวจเยี่ยมจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 5 แห่ง (โรงพยาบาลปราสาท โรงพยาบาลศีขรภูมิ โรงพยาบาลท่าตูม โรงพยาบาลสังขะ และโรงพยาบาลรัตนบุรี) ในวันที่ 2-20 กันยายน 2567

ขั้นตอนที่ 4: การนำไปใช้ (implementation)

การนำไปใช้คือการลงมือปฏิบัติ (execution) และการนำระบบงานที่ออกแบบและพัฒนาแล้วไปใช้จริง โดยมีกิจกรรมหลักคือการเตรียมความพร้อมและการเข้ารับการประเมินคุณภาพจากหน่วยงานภายนอก กลุ่มการพยาบาลได้จัดทำโครงการเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับการประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล (Nursing Quality Assessment: NQA) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับและธำรงคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กรอบแนวคิดของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) และมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลฉบับปี 2550 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการประกันคุณภาพทางการพยาบาลที่ได้มาตรฐานระดับสากล และยกระดับคุณภาพการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุรินทร์ให้มีมาตรฐานที่สูงขึ้น มีการจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเขียน SAR (3-5 มกราคม 2567) การศึกษาดูงานโรงพยาบาลต้นแบบ (12 กุมภาพันธ์ 2567) และการยื่นขอรับการเยี่ยมประเมิน (22 มีนาคม 2567) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อรับการประเมินอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย คณะอำนวยการ (โดยรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลเป็นประธาน) คณะกรรมการดำเนินการรับการเยี่ยมสำรวจ คณะกรรมการด้านสถานที่/โสตทัศนูปกรณ์ และคณะกรรมการสนับสนุนอื่น ๆ กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุรินทร์ ได้รับการประเมินคุณภาพทางการพยาบาลจากกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้อำนวยการกองการพยาบาลและคณะ ในวันที่ 27-29 พฤศจิกายน 2567 (เลื่อนจากกำหนดเดิม 14-16 สิงหาคม 2567) และได้รับรางวัลการประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ระดับ NQA Class มีคะแนนอยู่ระหว่าง 606 คะแนน

ขั้นตอนที่ 5: การประเมินผล (evaluation)

การติดตามและถอดบทเรียน (lessons learned) จากการดำเนินงานและการประเมินคุณภาพภายนอก เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน ประกอบไปด้วย

5.1 การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (key success factors)

จากการถอดบทเรียนการพัฒนาการประกันคุณภาพบริการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ

1) การนำองค์กรที่ชัดเจนและท้าทาย (clear and challenging leadership): การนำองค์กรโดยทีมผู้นำที่เข้มแข็ง การกำหนดทิศทางและเป้าหมายที่ชัดเจนถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการประเมินคุณภาพบริการพยาบาล (Wong et al. , 2013) และการประเมินซ้ำช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่ดีขึ้นได้

2) โครงสร้างบริหารที่สนับสนุน: โครงสร้างการบริหารที่มีความถูกต้องและชัดเจนเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง (Aiken et al. ,2008) ดังนั้นองค์กรพยาบาลควรเริ่มการพัฒนาจากการกำหนดทิศทางและเป้าหมายองค์กรที่ชัดเจนโดยทีมหน้าที่เข้มแข็ง การวางแผนกลยุทธ์ที่สอดคล้องตามมาตรฐานภายใต้โครงสร้างที่ถูกต้อง บนพื้นฐานความเข้าใจในมาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานบรรลุความสำเร็จได้

5.2 บทสรุปกระบวนการพัฒนา (ADDIE Model)

การพัฒนาการประกันคุณภาพการบริการพยาบาลเป็นพันธกิจสำคัญที่สอดคล้องตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและขององค์กร จากบทเรียนการดำเนินงานในโรงพยาบาลสุรินทร์โดยใช้ ADDIE MODEL สามารถสรุปขั้นตอนหลักได้ดังตาราง 4

ตาราง 4

แสดงองค์ประกอบและการสรุปขั้นตอนการดำเนินงานในโรงพยาบาลสุรินทร์โดยใช้ ADDIE MODEL

องค์ประกอบ	ความหมายโดยสรุป
1) การวิเคราะห์ (analysis)	การรวบรวมข้อเท็จจริงของสถานการณ์การพัฒนาคุณภาพบริการที่ผ่านมา
2) การออกแบบ (design)	การวางรูปแบบ วิธีการ และระยะเวลาในการพัฒนาคุณภาพบริการเชิงกลยุทธ์
3) การพัฒนา (development)	การสร้างและปรับปรุงเครื่องมือ (SAR, CPGs, EMAR) และการพัฒนาการบริหารจัดการ
4) การนำไปใช้ (implementation)	การนำวิธีการที่พัฒนาแล้วไปลงสู่การปฏิบัติจริง (การเตรียมความพร้อมและการรับการประเมิน)
5) การประเมินผล (evaluation)	การติดตามผลการพัฒนาคุณภาพบริการ และการวิเคราะห์ผลลัพธ์เพื่อนำไปสู่การปรับปรุง

5.3 ข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์สำหรับการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง (จากการประเมินผล)

ข้อเสนอแนะต่อไปนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยจัดเรียงตาม 7 หมวดของการประเมินคุณภาพ ดังตาราง 5

ตาราง 5

แสดงหมวดการประเมินคุณภาพตามข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อยอด

หมวดการประเมิน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อยอด (Development Recommendations)
หมวด 1: การนำองค์กร	1. กำหนดนิยามและกรอบเวลาบรรลุวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน พร้อมตัวชี้วัดกำกับติดตาม 2. นำผลการประเมินจริยธรรมมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงการจัดการบริการ 3. จัดทำแผนงานโครงการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) ให้เป็นรูปธรรม
หมวด 2: กลยุทธ์	1. ทบทวนและสร้างความเข้าใจกระบวนการจัดทำกลยุทธ์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับกรอบเวลาวิสัยทัศน์ 2. เพิ่มการสื่อสารแผนกลยุทธ์/ปฏิบัติการสู่ระดับปฏิบัติการอย่างครอบคลุม และมีการคาดการณ์ผลการดำเนินงานในอนาคต

ตาราง 5 (ต่อ)

หมวดการประเมิน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อยอด (Development Recommendations)
หมวด 3: ผู้ใช้บริการ	1. ทบทวนการจำแนกกลุ่มผู้ให้บริการ/ผู้รับผลงานอื่นให้เหมาะสมกับบริบทหน่วยงาน 2. เพิ่มการประเมินและวิเคราะห์ความต้องการ/ความพึงพอใจ/ข้อร้องเรียน ตามกลุ่มผู้ให้บริการที่จำแนก 3. ทบทวนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะและกลุ่มเปราะบางให้เป็นไปตามมาตรฐาน
หมวด 4: การวัด วิเคราะห์ จัดการความรู้	1. ทบทวนและเลือกตัวชี้วัดความสำเร็จตามสมรรถนะหลักขององค์กร 2. เพิ่มการนำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ปรับปรุงคุณภาพให้สอดคล้องกับสมรรถนะหลัก 3. นำผลการวิเคราะห์สารสนเทศทางการพยาบาลมาใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการ
หมวด 5: บุคลากร	1. ทบทวนวิธีการประเมินสมรรถนะบุคลากร (common & specific competency) ให้ครอบคลุมทุกระดับ 2. เพิ่มการประเมินและวิเคราะห์ความผูกพัน ความพึงพอใจ และผลการปฏิบัติงานตามกลุ่มบุคลากรเพื่อนำผลมาพัฒนา 3. นำข้อมูลภาวะสุขภาพของบุคลากรมาวิเคราะห์เพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
หมวด 6: การปฏิบัติการ พยาบาล	1. ทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาล (CPGs) ให้ครบถ้วน ชัดเจน ง่ายต่อการนำสู่การปฏิบัติ พร้อมการติดตามกำกับ 2. ออกแบบกระบวนการพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม และวิจัยทางการพยาบาล 3. ทบทวนกระบวนการจัดการอากรรบกวน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 4. ทบทวนวิธีการบันทึกทางการพยาบาลให้ใช้หลักกระบวนการพยาบาล มีการจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาและความปลอดภัยของข้อมูล
หมวด 7: ผลลัพธ์	1. ทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (nursing outcomes) ในแต่ละด้าน (6 ด้าน) 2. สะท้อนความสำเร็จตามพันธกิจ เข้มมุ่ง แผนกลยุทธ์ และเป้าหมายขององค์กรพยาบาลอย่างแท้จริง

5.4 ข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์สำหรับการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง

จากการสังเคราะห์รูปแบบการบริหารจัดการคุณภาพการพยาบาลโดยใช้ ADDIE Model ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ มีข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์สำหรับองค์กรพยาบาลที่ต้องการพัฒนาคุณภาพสู่ความเป็นเลิศ ดังนี้ ด้านการนำองค์กรและกลยุทธ์ ควรกำหนดวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนพร้อมกรอบเวลา และตัวชี้วัดที่สะท้อนการบรรลุเป้าหมาย สื่อสารแผนกลยุทธ์สู่ทุกระดับอย่างครอบคลุม นำผลการประเมินจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพมาปรับปรุงการจัดบริการ และเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) ให้เป็นรูปธรรม ด้านผู้ให้บริการและบุคลากร ควรทบทวนการจำแนกกลุ่มผู้ให้บริการและเพิ่มการประเมินความต้องการ ความพึงพอใจ และข้อร้องเรียนตามกลุ่มที่จำแนก รวมถึงทบทวนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ ส่วนด้านบุคลากรควรพัฒนาระบบประเมินสมรรถนะ วิเคราะห์ความผูกพันและความพึงพอใจ และนำข้อมูลสุขภาพบุคลากรมาจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ ควรทบทวนและเลือกตัวชี้วัดที่สะท้อนสมรรถนะหลักขององค์กรอย่างแท้จริง นำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ปรับปรุงคุณภาพ ทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาล (CPGs) ให้ครบถ้วนและ

ง่ายต่อการปฏิบัติ พัฒนาระบบการดูแลและบันทึกทางการแพทย์โดยใช้หลักกระบวนการพยาบาล และกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการแพทย์ (nursing outcomes) ทั้ง 6 ด้านให้สอดคล้องกับพันธกิจและเข็มมุ่งขององค์กร สิ่งสำคัญที่สุดคือการพัฒนาคุณภาพต้องดำเนินอย่างต่อเนื่อง มีการทบทวนและยกระดับเป้าหมายเป็นระยะ เพื่อรักษาความสามารถในการแข่งขันและนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศทางการแพทย์อย่างยั่งยืน

สรุปผลการเยี่ยมประเมินคุณภาพเบื้องต้น: กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

โดยคณะกรรมการประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

จุดเด่นเชิงกลยุทธ์ขององค์กร (organizational strengths)

จากการเยี่ยมประเมิน พบว่า กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ มีความแข็งแกร่งและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ ดังนี้:

1. การนำองค์กรที่สนับสนุน (supportive leadership): ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาลและผู้บริหารสูงสุดขององค์กรพยาบาลให้ความสำคัญอย่างยิ่ง และมีความมุ่งมั่นในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล
2. ทีมนำที่มีศักยภาพ (committed nursing leadership): ทีมนำการบริหารทางการแพทย์มีความตั้งใจสูง และเป็นแบบอย่างของการพัฒนาคุณภาพ (role model)
3. การมีส่วนร่วมของบุคลากร: พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความกระตือรือร้นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และมีความพร้อมในการรับการประเมิน
4. ความร่วมมือสหวิชาชีพ: ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความร่วมมือ พร้อมสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างแข็งขัน
5. ความน่าเชื่อถือในระดับเครือข่าย: โรงพยาบาลเป็นที่ยอมรับ เชื่อมั่น ศรัทธา และได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายและชุมชน

โอกาสในการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง (opportunities for improvement)

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อยอดในแต่ละหมวดการประเมิน มุ่งเน้นไปที่การสร้างความคิดเชิงกลยุทธ์และการนำผลลัพธ์เชิงประจักษ์มาใช้ในการบริหารจัดการ

สรุป

การพัฒนาและประกันคุณภาพบริการพยาบาลเป็นกระบวนการสำคัญที่มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย ได้มาตรฐาน และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เหมาะสม โดยอาศัยการดำเนินงานอย่างเป็นระบบภายใต้แนวคิดการประกันคุณภาพ (Quality Assurance: QA) ควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) ซึ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างไม่หยุดยั้งบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ จากการสังเคราะห์กระบวนการดำเนินงานโดยใช้รูปแบบ ADDIE Model พบว่า การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพควรเริ่มจากการวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์อย่างรอบด้าน (analysis) เพื่อนำไปสู่การออกแบบระบบและกลไกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ (design) จากนั้นจึงพัฒนาเครื่องมือ มาตรฐานการปฏิบัติงาน และศักยภาพบุคลากร (development) ก่อนนำไปสู่การปฏิบัติจริงในหน่วยงาน (implementation) และมีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ (evaluation) เพื่อสะท้อนผลลัพธ์และนำไปสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาและประกันคุณภาพบริการพยาบาลประกอบด้วย การนำองค์การที่เข้มแข็งและมีทิศทางชัดเจน โครงสร้างการบริหารจัดการที่สนับสนุนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ ตลอดจนการใช้ข้อมูลสารสนเทศในการตัดสินใจเชิงบริหาร นอกจากนี้การกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างแท้จริง และการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

ดังนั้นการพัฒนาและประกันคุณภาพบริการพยาบาลจึงมิใช่เพียงการดำเนินงานเพื่อให้ผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่เป็นกระบวนการเชิงระบบที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีการทบทวนและยกระดับมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการเป็นสำคัญ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของคุณภาพบริการและความเป็นเลิศทางการพยาบาลในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักปลัดกระทรวง, สำนักการพยาบาล. (2554). *การประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริหารการพยาบาล*. สามเจริญพาณิชย์.
- บริษัท พีเพิล แวลู โซลูชั่น โปรไวเดอร์ จำกัด. (2562, 16 กุมภาพันธ์). *ADDIE Model คืออะไร?*
<https://www.peoplevalue.co.th/content/9119/addie-model-คืออะไร>
- ศิริพร สิริวัฒนไพศาล, นาทยา คำสว่าง, รุ่งทิพย์ โตอิน, ชื่นมนัส จาดยางโทน, และเยาวรัตน์ ดุสิตกุล. (2566). รูปแบบการพัฒนาการประกันคุณภาพบริการพยาบาล: ถอดบทเรียนโรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข*, 2(1), 66-73.
- สกลรัตน์ พาลาฮาด, นิตยา สุภามา, และเพชรภรณ์ ประสารฉ่ำ. (2568). การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)*, 35(1), 63-72.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองการพยาบาล. (2562). *การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข*. สัปดาห์.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223–229. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7>
- Bruce, J. R., & Myron, J. D. (2011). *Instructional design: The ADDIE approach*. Springer.
- Huang, L., Chang, H., Peng, X., Zhang, F., Mo, B., & Liu, Y. (2022). Formally reporting incidents of workplace violence among nurses: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, 30(6), 1677–1687. <https://doi.org/10.1111/jonm.13567>
- Miller, C. J., Sullivan, J. L., Harvey, K. L. L., Williamson, A. K., Stadnick, N. A. (2022). Promoting high-functioning mental health treatment teams in the context of low staffing ratios. *Health Care Management Review*, 47(1), 12-20. DOI: 10.1097/HMR.0000000000000312
- Mitchell, P. H. (2016). Defining patient safety and quality care. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (pp. 1–20). Agency for Healthcare Research and Quality.

- Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709–724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>
- Zaranko, B., Sanford, N. J., Kelly, E., Rafferty, A. M., Bird, J., Mercuri, L., Sigsworth, J., Wells, M., & Proper, C. (2023). Nurse staffing and inpatient mortality in the English National Health Service: a retrospective longitudinal study. *BMJ Quality & Safety*, 32(5), 254–263. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015291>

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความที่ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (peer-reviewed journal) ในสาขานั้น ๆ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้พิมพ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review) โดยบทความที่จะได้รับการพิจารณาต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตการตีพิมพ์ และผู้พิมพ์ได้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้พิมพ์ (duties of authors) ตามที่ปรากฏในจริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร (publication ethics) อย่างเคร่งครัด

ประเภทของเรื่องที่ได้รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย เป็นบทความเกี่ยวกับการรายงานการวิจัยทางการแพทย์ การสาธารณสุข การแพทย การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ห่อหุ้ม และการสังเคราะห์ห่อหุ้ม
2. บทความทางวิชาการ เป็นบทความที่เรียบเรียงสาระความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ที่มีเนื้อหาทันสมัย นำมาสรุปวิเคราะห์ เปรียบเทียบ สังเคราะห์โดยผู้เขียน นำเสนอองค์ความรู้และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์

เงื่อนไขทางจริยธรรมเกี่ยวกับการส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1. เป็นเรื่องที่ยังไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. เป็นเรื่องที่ยังไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
3. บทความที่เป็นรายงานการวิจัย โครงร่างวิจัยต้องได้รับการพิจารณาเห็นชอบเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

นโยบายการลงตีพิมพ์ในวารสาร

1. วารสารรับเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์ในระบบปกติ ไม่มีระบบเร่งด่วน (fast tract)
2. ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยและบทความวิชาการ จะต้องผ่านการประเมินคุณภาพและได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) จำนวน 3 คน หากมีการปรับปรุงแก้ไข ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วกลับมาภายในเวลา 2 สัปดาห์
3. ผู้เขียนรายงานการวิจัยและบทความวิชาการ ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเนื้อหาและข้อมูลที่ลงตีพิมพ์ รวมถึงรายการอ้างอิงที่ใช้

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

การจัดรูปแบบเอกสาร

พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word ตั้งค่าโดยเว้นระยะขอบ 1 นิ้ว (2.54 เซนติเมตร) ทั้ง 4 ด้าน กำหนดการวางเป็นแนวตั้ง ขนาดกระดาษเป็น A4 หัวกระดาษและท้ายกระดาษ 1.25 เซนติเมตร พิมพ์เป็นคอลัมน์เดียว ไม่ใส่กรอบ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 และใช้ตัวเลขอารบิก โดยแต่ละวลี/ประโยคให้เว้นระยะห่าง 1 เคาะ (single space) การกั้นหน้าใช้แบบกั้นซ้าย สำหรับการย่อหน้า ตรงระยะห่าง ก่อนและหลังเลือก 0 pt และระยะห่างบรรทัด เลือกบรรทัดเดียว (single) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 บรรทัด และจัดรูปแบบหัวข้อต่าง ๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

รูปแบบการพิมพ์เพื่อเตรียมต้นฉบับบทความ

รายการ	ลักษณะตัวอักษร	รูปแบบการพิมพ์	ขนาดตัวอักษร
ชื่อเรื่อง	หนา	กลางหน้ากระดาษ	16
ชื่อผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ (ถ้ามี)	หนา	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	หนา	กลางหน้ากระดาษ	16
Abstract	หนา	กลางหน้ากระดาษ	16
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานของผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ (เชิงอรรถ)	ปกติ	ชิดซ้าย	12
หัวข้อใหญ่	หนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อย่อย	หนา		16
หัวข้อย่อย ใช้หัวข้อหมายเลขระบบบทศนิยม	ปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
ตัวอย่างการจัดลำดับเลข (ไม่เกิน 3 ลำดับ)	ปกติ	1. xxx 1.1 xxx 1.1.1 xxx	16
ลำดับตาราง/ลำดับภาพประกอบ (ตารางที่..)	หนา	ชิดซ้าย	16
ภาพประกอบที่..			
ข้อความในเนื้อหา	ปกติ		16
ข้อความในตาราง	ปกติ		14

คำแนะนำทั่วไป

1. ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract) ต้องมีเนื้อความตรงกัน

2. พิมพ์ชื่อผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ พร้อมระบุชื่ออยู่วุฒิการศึกษาสูงสุด ให้ระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์เป็นตัวหนา ขนาด 16 จัดรูปแบบชิดขวา ระบุไว้ได้ชื่อเรื่องพร้อมใส่เชิงอรรถแบบดอกจัน (*) ด้วย และที่เชิงอรรถให้ระบุตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ทำงาน พร้อมระบุชื่อผู้ให้การติดต่อหลักและอีเมล รูปแบบอักษรปกติ ขนาดอักษร 12 จัดรูปแบบชิดซ้าย

3. บทคัดย่อความยาวไม่เกิน 300 คำ ทั้งสองภาษา ความยาวไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ

4. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

5. หากมีภาพ แผนภาพ แผนภูมิ (กราฟ) หรือตาราง เพื่อประกอบเนื้อหา ควรจัดตำแหน่งให้เหมาะสมกับเนื้อหา โดยใส่หมายเลขกำกับภาพแผนภาพ แผนภูมิ และตาราง ตามลำดับ ให้ครบถ้วน

6. การใช้ภาษาเขียน มีแนวทางดังนี้

- 6.1 คำเดียวกัน เช่น ชื่อตัวแปรที่ศึกษา ต้องเขียนให้เหมือนกันในทุกแห่ง
- 6.2 คำภาษาไทยที่จำเป็นต้องมีภาษาอังกฤษกำกับด้วย ให้ใส่ภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บ โดยใส่เฉพาะเมื่อกล่าวครั้งแรก (ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัย ให้เริ่มตั้งแต่หัวข้อบทนำ) ดังนั้น การเขียนครั้งแรก ส่วนการเขียนครั้งต่อ ๆ มา เขียนเพียงคำภาษาไทย
- 6.3 คำภาษาอังกฤษ ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ส่วนชื่อเรื่องและชื่อเฉพาะ อักษรตัวแรกของแต่ละคำ ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม
7. การใช้ตัวเลขและคำย่อ ให้ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น
8. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้เหนือภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตารางและเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือภาพสีก็ได้ ภาพต้องมีความคมชัด กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย
9. เขียนเอกสารอ้างอิงให้ถูกต้อง ตรงกันทั้งเอกสารอ้างอิงในเนื้อหาและเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง จำนวนไม่ควรเกิน 30 ชื่อเรื่อง
10. ความยาวต้นฉบับ เมื่อรวมกับเอกสารอ้างอิงและบทคัดย่อแล้ว บทความวิจัยความยาวต้นฉบับไม่เกิน 20 หน้า และบทความวิชาการไม่เกิน 15 หน้า หรือขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของบรรณาธิการวารสาร
11. ไฟล์ต้นฉบับบันทึกเป็นชนิด Word 97-2003 Document

คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับแต่ละประเภท

1. บทความวิจัย มีคำแนะนำในการเขียนส่วนประกอบแต่ละหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

- 1.1 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ตัวหนา ขนาด 16 อยู่ตรงกลางของหน้า โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม
- 1.2 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้นิพนธ์/ผู้ร่วมนิพนธ์ ชื่อย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์เป็นตัวหนา ขนาด 16 จัดรูปแบบชิดขวา ระบุไว้ได้ชื่อเรื่องพร้อมใส่เชิงอรรถแบบดอกจัน (*) ด้วยก และที่เชิงอรรถให้ระบุตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ปฏิบัติงาน พร้อมระบุชื่อผู้ให้การติดต่อหลักและระบุอีเมลท้ายสถานที่ปฏิบัติงาน รูปแบบอักษรปกติ ขนาดอักษร 12 จัดรูปแบบชิดซ้าย
- 1.3 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (abstract) แบ่งออกเป็น 2 ย่อหน้า โดยย่อหน้าแรกเขียนเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยโดยสรุป กลุ่มตัวอย่าง (ระบุว่าเป็นใคร พร้อมจำนวน) เครื่องมือการวิจัย (ระบุชื่อเครื่องมือตามลำดับ พร้อมค่าความเชื่อมั่น) การเก็บรวบรวมข้อมูล (ระบุว่าการดำเนินการเมื่อใด) และการวิเคราะห์ข้อมูล (ระบุชื่อสถิติที่ใช้) ย่อหน้าที่ 2 เขียนเกี่ยวกับผลการวิจัยที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย และข้อเสนอแนะที่สำคัญในการนำผลการวิจัยไปใช้
- 1.4 คำสำคัญ (keywords) อยู่ใต้บทคัดย่อแต่ละภาษา จำนวน 3-5 คำ โดยคำภาษาไทยแต่ละคำเว้นระยะห่าง 2 เคาะ ส่วนภาษาอังกฤษ แต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ใช้จุลภาค (,) คั่น และเว้นระยะห่าง 2 เคาะ
- 1.5 บทนำ เขียนตามหลักการเขียนรายงานการวิจัยทั่วไป
- 1.6 วัตถุประสงค์การวิจัย เขียนเป็นวัตถุประสงค์เฉพาะ โดยระบุเป็นข้อ ๆ
- 1.7 สมมติฐานการวิจัย (หากมี) ระบุเป็นข้อ ๆ

1.8 กรอบแนวคิดการวิจัย เขียนคำบรรยายเกี่ยวกับแนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้เป็นฐานในการวิจัย และตัวแปรที่ศึกษา แบบกระชับและเข้าใจง่าย ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และเขียนแผนภาพที่แสดงตัวแปรที่ศึกษา

1.9 วิธีดำเนินการวิจัย

เขียนย่อหน้า 1 ย่อหน้า เกี่ยวกับการออกแบบการวิจัย ระยะเวลาและสถานที่เก็บข้อมูล ขอบเขตการวิจัย แล้วแบ่งหัวข้อย่อย ตามลำดับดังนี้

1.9.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เขียนเกี่ยวกับประชากร เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (โดยเฉพาะการวิจัยเชิงทดลอง) การกำหนดขนาดตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

1.9.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยเชิงทดลองให้แบ่งเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองให้ระบุที่มาชื่อกิจกรรมแต่ละครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ รายละเอียดกิจกรรม และสื่อที่ใช้ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล หรือเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ให้ระบุที่มา จำนวนข้อ ลักษณะคำตอบ เกณฑ์การให้คะแนน และเกณฑ์การแปลผลคะแนน ส่วนการวิจัยประเภทอื่น ๆ ให้เขียนเครื่องมือที่ใช้ตามลำดับตัวแปรที่ศึกษา โดยเขียนทำนองเดียวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเขียนเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งหมด การตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่น

1.9.3 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ระบุหมายเลขการรับรอง วันที่และช่วงเวลาที่ได้รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งการแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

1.9.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล เขียนอธิบายขั้นตอนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง และการบริหารเครื่องมือวิจัย กรณีงานวิจัยมีหลายขั้นตอน หรือมีกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม อาจนำเสนอเป็นแผนภูมิตาราง หรือเขียนลำดับหัวข้อตามความเหมาะสม

1.9.5 การวิเคราะห์ข้อมูล เขียนข้อมูลแต่ละส่วนพร้อมระบุชื่อสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ตัวแปรหรือระดับการวัด รวมทั้งผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ถ้ามี)

1.10 ผลการวิจัย เขียนสรุปการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการวิจัยที่นำเสนอ 1 ย่อหน้า แล้วอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด การนำเสนอผลการวิจัย สามารถเลือกรูปแบบการบรรยายหรือนำเสนอในตารางได้ตามความเหมาะสม กรณีนำเสนอด้วยตาราง หากตารางยาวเกิน 1 หน้า ให้ใส่ชื่อตารางเดิม และระบุคำว่า ต่อ ในวงเล็บ () ส่วนคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สัญลักษณ์ M และ SD ตามลำดับ

1.11 อภิปรายผล อธิบายเหตุผลที่ทำให้ผลการวิจัยเป็นเช่นนั้น ตามด้วยการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้ โดยระบุว่าผลการศึกษานั้นเกี่ยวข้องกันเป็นอย่างไร

1.12 ข้อเสนอแนะ เขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป หากมีมากกว่า 1 ประเด็น ให้ระบุเป็นข้อ ๆ

1.13 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เขียนเพื่อขอบคุณบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนช่วยเหลือในการวิจัยนี้

1.14 เอกสารอ้างอิง เขียนถูกต้องตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 และมีรายการครบถ้วนตามที่ได้อ้างในเนื้อหา (ดังรายละเอียดต่อไป)

2. บทความวิชาการ มีคำแนะนำในการเขียนส่วนประกอบแต่ละหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ตัวหนา ขนาด 16 อยู่ตรงกลางของหน้า โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม

2.2 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้นิพนธ์/ผู้ร่วมนิพนธ์ ชื่อย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์เป็นตัวหนา ขนาด 16 จัดรูปแบบชิดขวา ระบุไว้ได้ชื่อเรื่องพร้อมใส่เชิงอรรถแบบดอกจัน (*) ด้วยก และที่เชิงอรรถให้ระบุตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ปฏิบัติงาน พร้อมระบุชื่อผู้ให้การติดต่อหลักและระบุอีเมลท้ายสถานที่ปฏิบัติงาน รูปแบบอักษรปกติ ขนาดอักษร 12 จัดรูปแบบชิดซ้าย

2.3 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (abstract) เขียน 1 ย่อหน้า ความยาว 10-16 บรรทัด ประกอบด้วย 1) การเกริ่นนำเกี่ยวกับเรื่องที่เขียน 2) การเน้นประเด็นที่เป็นแก่นสำคัญของเนื้อหา และ 3) การสรุปสิ่งสำคัญที่เชื่อมโยงถึงแนวทางการปฏิบัติและประโยชน์ที่ได้รับ

2.4 คำสำคัญ (keywords) อยู่ใต้บทคัดย่อแต่ละภาษา จำนวน 3-5 คำ โดยคำภาษาไทยแต่ละคำเว้นระยะห่าง 2 เคาะ ส่วนภาษาอังกฤษ แต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ใช้จุลภาค (,) คั่น และเว้นระยะห่าง 2 เคาะ

2.5 บทนำ เขียนอธิบายการได้มาซึ่งความรู้และความสำคัญของเรื่องที่เขียนและจุดประสงค์การเขียน

2.6 เนื้อเรื่อง แบ่งเป็นหัวข้อใหญ่ หัวข้อรอง และหัวข้อย่อยตามความเหมาะสม

2.7 บทสรุป สรุปสาระสำคัญ

2.8 ข้อเสนอแนะ เขียนข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้ด้านการพยาบาล และสาขาที่เกี่ยวข้อง

2.9 เอกสารอ้างอิง เขียนถูกต้องตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 และมีรายการครบถ้วนตามที่ได้อ้างในเนื้อหา (ดังรายละเอียดต่อไป)

คำแนะนำการเขียนอ้างอิงแบบ APA Style

การเขียนอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ Publication Manual of the American Psychological Association (APA style) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 โดยแบ่งออกเป็น การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) และการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (reference) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ และการเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ โดยมีรายละเอียดการอ้างอิงในเนื้อหา ดังนี้

1.1 ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างชาติให้ใส่เฉพาะชื่อสกุล ส่วนผู้แต่งชาวไทยให้ใส่ทั้งชื่อและนามสกุล ส่วนผู้แต่งคนไทยที่มีศ บรรดาศักดิ์หรือราชทินนาม สมณศักดิ์ ให้ใส่ไว้หน้าชื่อ ตัวอย่าง

..... (เกศินี จุฑาวิจิตร, 2552)

.....(McCargo, 2002)

1.2 ผู้แต่ง 2 คน ใส่ชื่อผู้แต่ง 2 คน ทุกครั้งที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา โดยใช้คำว่า “และ” สำหรับผู้แต่งชาวไทย และ “and” เมื่อใส่ผู้แต่งชาวต่างชาติในวงเล็บ แต่ให้ใช้เครื่องหมาย “&” เมื่อใส่ผู้แต่งไว้ในวงเล็บ

1.3 ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป ให้ใส่ชื่อผู้แต่งคนแรก ตามด้วยคำว่า และคณะ หรือ et al. (สำหรับผู้แต่งชาวต่างประเทศ) เช่น วิชัย เอกพลากร และคณะ (2564).....

..... (ElSayed et al., 2023)

1.4 ผู้แต่งที่เป็นหน่วยงานที่มีชื่อย่อ ให้ใส่ชื่อเต็มหน่วยงาน ตามด้วยชื่อย่อในวงเล็บ และตามด้วยปีพิมพ์ โดยมีรูปแบบดังนี้ การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ ระบุชื่อเต็ม (ชื่อย่อ, ปีพิมพ์) ส่วนการอ้างอิงท้ายข้อความ ระบุรายละเอียดในวงเล็บ (ชื่อเต็ม [ชื่อย่อ], ปีพิมพ์) สำหรับการอ้างอิงครั้งต่อ ๆ ไป ให้ระบุเฉพาะชื่อย่อและปีพิมพ์ เช่น

การอ้างครั้งแรก: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส., 2565)

กล่าวถึง...

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป : สสส. (2565) กล่าวถึง...

การอ้างครั้งแรก:(สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.],

2565)

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป:(สสส., 2565)

การอ้างครั้งแรก: World Health Organization (WHO, 2024).....

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป: WHO (2019)

การอ้างครั้งแรก: (World Health Organization [WHO], 2024)

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป: ...(WHO, 2024)

1.5 การเขียนอ้างอิงเอกสารที่ไม่มีชื่อผู้แต่ง/บรรณาธิการ หากชื่อเรื่อง/ชื่อบท/ชื่อบทความมีความยาวมาก ให้ใส่เพียง 2-3 คำแรก รูปแบบการเขียนอ้างอิงให้ใส่ชื่อเรื่อง/ชื่อบท/ชื่อบทความในเครื่องหมายอัฒภาค “ ” ตามด้วยปีพิมพ์ ดังนี้

การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ: “ชื่อเรื่อง” หรือ “ชื่อบท” หรือ “ชื่อบทความ”
(ปีที่พิมพ์) เช่น

....(“คู่มือการดูแลทารกแรกเกิด”, 2562) ได้กล่าวถึง....

การเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ: (“ชื่อเรื่อง” หรือ “ชื่อบท” หรือ “ชื่อบทความ”,
ปีที่พิมพ์) เช่น

...(“การวางแผนการพยาบาลเด็ก”, 2559)

การอ้างอิงครั้งต่อ ๆ ไป ให้เขียนเหมือนการอ้างอิงครั้งแรก

1.6 การอ้างอิงมากกว่าสองแหล่งข้อมูลให้เขียนเรียงตามลำดับอักษร ดังนี้

.... สอดคล้องกับผลการศึกษาของมานะ จันทรคำ (2562) และจันทรา บัวสาม
(2559)....

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มักเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น มีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงกว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมโรคได้ (ElSayed et al., 2023; International Diabetes Federation [IDF], 2021)

1.7 การอ้างอิงจากข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ

ให้ระบุชื่อสกุลของผู้เขียนต้นฉบับ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ปีพิมพ์ จากนั้นเอกสารภาษาไทยให้ใช้คำว่า อ้างถึงใน และเอกสารภาษาต่างประเทศให้ใช้คำว่า as cited in จากนั้นตามด้วยชื่อสกุลของผู้เขียนที่นำมาอ้างอิงในงานของตนเอง ดังตัวอย่าง

การสื่อสารมีความจำเป็นต่อองค์กร เพราะในการทำงานนั้น จะต้องมีการติดต่อคำสั่งและรายงาน กับหัวหน้า ประสานงานกับฝ่ายอื่นในการทำงาน ทำให้การสื่อสารกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติงาน โดยได้มีผู้ให้ความหมายของการติดต่อสื่อสารภายในองค์กรว่า “เป็นการแสดงออกและการแปลความหมายข่าวสารระหว่างหน่วยการติดต่อสื่อสารต่างๆ หรือบุคคลในตำแหน่งต่างๆ ที่อยู่ ภายในองค์กร” (สมยศ นาวิการ, 2527 อ้างถึงใน ชิชณ พันธ์เจริญ, 2560)

In 1996, According to Kaplan and Norton, the implementation of the Balanced Scorecard allows the organization to be managed successfully. It support the deployment of business strategies, meeting customer needs, and the visibility of process problem. (Anan, 1989 as cited in Jason, 2015)

หมายเหตุ: การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาแต่ละส่วน หากใช้แหล่งอ้างอิงมากกว่า 1 รายการ ให้เรียงลำดับตามตัวอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล หากผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศ) โดยนำภาษาไทยขึ้นก่อนภาษาต่างประเทศ

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้เขียนเฉพาะรายการที่ใช้อ้างอิงในเนื้อหาเท่านั้น ซึ่งการเขียนเกี่ยวกับผู้แต่งและปีพิมพ์คล้ายการเขียนอ้างอิงหน้าข้อความในครั้งแรก โดยผู้แต่งชาวต่างประเทศ ให้ระบุชื่อสกุล ค้นด้วยจุลภาค (,) ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อต้น และจุด (.) เว้นวรรค 1 เคาะ แล้วตามด้วยชื่อกลาง และจุด ซึ่งแนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงแต่ละประเภท พร้อมตัวอย่าง รายละเอียดดังนี้

2.1 หนังสือในรูปแบบเล่ม

2.1.1 ผู้แต่ง 1 คน

ไทย ชื่อ/สกุล./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). สำนักพิมพ์. /URL (ถ้ามี)
อังกฤษ สกุล./อักษรย่อชื่อ./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

วิรุณ ตั้งเจริญ. (2553). *พลังวัฒนธรรม*. สันติศิริการพิมพ์.

Strunk, W., & White, E. B. (1979). *The elements of style* (3rd ed.). Macmillan.

2.1.2 ผู้แต่ง 2 คน

ไทย ชื่อ/สกุล, และ/ชื่อ/สกุล. / (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). สำนักพิมพ์. /URL (ถ้ามี)
อังกฤษ สกุล./อักษรย่อชื่อ./&/สกุล./อักษรย่อชื่อ. (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). //URL (ถ้ามี)
สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

กุลภา วจนสาระ, และกฤตยา อาชวนิจกุล. (2566). *ทางเลือกกับความเหลื่อมล้ำของบริการทำแท้งหลังแก้กฎหมาย*. สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

Best, J. W., & Kahn, J. V. (1993). *Research in education*. Allyn and Bacon

2.1.3 ผู้แต่ง 3-20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน

ชื่อผู้แต่งคนที่ 1, ชื่อผู้แต่งคนที่ 2, ชื่อผู้แต่งคนที่ 3, ชื่อผู้แต่งคนที่ 4, ชื่อผู้แต่งคนที่ 5, ชื่อผู้แต่งคนที่ 6, ชื่อผู้แต่งคนที่ 7, ชื่อผู้แต่งคนที่ 8, ชื่อผู้แต่งคนที่ 9, ชื่อผู้แต่งคนที่ 10, ชื่อผู้แต่งคนที่ 11, ชื่อผู้แต่งคนที่ 12, ชื่อผู้แต่งคนที่ 13, ชื่อผู้แต่งคนที่ 14, ชื่อผู้แต่งคนที่ 15, ชื่อผู้แต่งคนที่ 16, ชื่อผู้แต่งคนที่ 17, ชื่อผู้แต่งคนที่ 18, ชื่อผู้แต่งคนที่ 19, และชื่อผู้แต่งคนที่ 20. (ปีพิมพ์).
ชื่อเรื่อง (พิมพ์ครั้งที่). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

อมราภรณ์ หมีปาน, ศิริพร สว่างจิตร์, ไพจิตร เพิ่มพูล, เบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์, จุฑารัตน์ บันดาลสิน, นัยนา วงศ์สายตา, กุสุมา กังหลี, นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ, และสุชาดา ศรีโยธี. (2566). *หลักการพยาบาลเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก.

Hinkle, J. L., Cheever, K.H., & Overbaugh, K. J. (2022). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (15th ed.). Wolters Kluwer.

2.1.4 ผู้แต่ง 21 คนขึ้นไป ให้ใส่ชื่อและสกุลผู้แต่งคนที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย , ... ก่อนชื่อคนสุดท้าย

ชื่อผู้แต่งคนที่ 1, ชื่อผู้แต่งคนที่ 2, ชื่อผู้แต่งคนที่ 3, ชื่อผู้แต่งคนที่ 4, ชื่อผู้แต่งคนที่ 5, ชื่อผู้แต่งคนที่ 6, ชื่อผู้แต่งคนที่ 7, ชื่อผู้แต่งคนที่ 8, ชื่อผู้แต่งคนที่ 9, ชื่อผู้แต่งคนที่ 10, ชื่อผู้แต่งคนที่ 11, ชื่อผู้แต่งคนที่ 12, ชื่อผู้แต่งคนที่ 13, ชื่อผู้แต่งคนที่ 14, ชื่อผู้แต่งคนที่ 15, ชื่อผู้แต่งคนที่ 16, ชื่อผู้แต่งคนที่ 17, ชื่อผู้แต่งคนที่ 18, ชื่อผู้แต่งคนที่ 19,...ชื่อคนสุดท้าย. (ปีพิมพ์). ชื่อเรื่อง (พิมพ์ครั้งที่). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

กรรณิการ์ วิจิตรสุนทร, ฉันทิกา จันทรเปี้ย, ทศนี ประสพกิตติคุณ, นางลักษณ์ จินตนาดีลิก, บุญเพียร จันทวัฒนา, บัญจรงค์ สุขเจริญ, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ยุวดี พงษ์สารนนทกุล, วณิดา เสนะสุทธิพันธุ์, วิรัตน์ ตั้งใจรบ, วิไล เลิศธรรมเทวี, วีรยา จึงสมเจต-ไพศาล, ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนทร, สมพร สุนทราภา, สมหญิง ไควสวนนท์, สุดารัตน์ สุวรรณเทวะคุปต์, อาภาวรรณ หนูคง, อัจฉรา เปื้องเวทย์, อรุณศรีมี บุนนาค, ...อุดมญา พันธินิตย์. (2561). *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

2.1.5 ผู้แต่งที่เป็นหน่วยงาน นิติบุคคล ให้ลงชื่อหน่วยงาน เรียงลำดับจากหน่วยงานใหญ่ไปหาหน่วยงานรอง โดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างชื่อหน่วยงานใหญ่และหน่วยงานรอง หากหน่วยงานเป็นผู้จัดพิมพ์หนังสือ ในตำแหน่งสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ไม่ต้องระบุ ให้เว้นว่าง

ชื่อหน่วยงาน 1-2 ระดับ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์/โรงพิมพ์.

ตัวอย่าง

กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กรมสุขภาพจิต, และกรมควบคุมโรค. (2559). *คู่มืออำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ฉบับบูรณาการ*. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์.

2.2 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์. <https://doi.org/เลข DOI>

ตัวอย่าง

Jackson, L. M. (2019). *The psychology of prejudice: From attitudes to social action* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000168-000>

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์. สืบค้นจาก url

ตัวอย่าง

พรณี ปานเทวัญ, อภิญา อินทรรัตน์, และองค์อร ประจันเขตต์. (2566). *พยาบาลกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: แนวคิด ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. สืบค้นจาก <https://elibrary-bcnsurin.cu-elibrary.com>

2.3 หนังสือที่มีบรรณาธิการ เป็นผู้รับผิดชอบ

ชื่อผู้แต่ง. (บ.ก./Ed./Eds.). (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (พิมพ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สัมพันธ์ สันทนาคณิต, สุมาลี โพธิ์ทอง และสุวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์ (บ.ก.). (2560). *ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน 2* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ.

Ignatavicius, D. D., Rebar, C. R., & Heimgartner, N. M. (Eds.). (2024). *Medical-surgical nursing: Concepts for clinical judgment and collaborative care* (11th ed.). Elsevier.

2.4 บทหนึ่งในหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทหรือชื่อบทความ. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บ.ก.), ชื่อหนังสือ (น. xx-xx/p./pp. xx-xx). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สุปราณี แจ้งบำรุง. (2546). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน. ใน *สุปราณี แจ้งบำรุง (บ.ก.), ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546* (น. 21-26). โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (รสพ).

Hammond, K. R., & Adelman, L. (1986). Science, values, and human judgment. In H. R. Arkes, & K. R. Hammond (Eds.), *Judgement and decision making: An interdisciplinary reader* (pp. 127-143). Cambridge University Press.

2.5 วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ที่ไม่ได้ตีพิมพ์

รูปแบบภาษาไทย

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ปริญญาโทไม่ตีพิมพ์]. ชื่อมหาวิทยาลัย.

รูปแบบภาษาต่างประเทศ

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. [Unpublished doctoral dissertation หรือ Unpublished master's thesis]. ชื่อมหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

ประวิต เอรารวรรณ์. (2549). *การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจครูในโรงเรียน : กรณีศึกษาโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. [วิทยานิพนธ์ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ดีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Jung, M. S. (2014). *A structural equation model on core competence of nursing students* [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University.

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ จากเว็บไซต์ (ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). *ชื่อวิทยานิพนธ์*. [ระดับปริญญา, ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อเว็บไซต์. URL.

ตัวอย่าง

จุฬาลักษณ์ สอนไชยา. (2546). *ผลของการจัดโปรแกรมนันทนาการที่มีต่อการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ* [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต]. Chulalongkorn University Intellectual Repository. <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/65704>

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ที่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). *ชื่อวิทยานิพนธ์*. (หมายเลข UMI หรือเลขลำดับอื่นๆ) [ระดับปริญญา, ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อฐานข้อมูล.

ตัวอย่าง

McNiel, D. S. (2006). *Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother* (UMI No. 1434728) [Master's thesis, California State University–Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.

2.6 รายงานการวิจัย/รายงาน ที่จัดทำโดยผู้เขียนรายบุคคลสังกัดหน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่น

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อเรื่อง*. สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2552). *รายงานการวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพการศึกษาไทย : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis)*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

2.7 บทความวารสาร

บทความในวารสารรูปแบบ/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ.

ตัวอย่าง

สาธิต เมืองสมุทร, ทวีศักดิ์ เตชะเกรียงไกร, พรทิพย์ พสุกลมเศรษฐ์, อาพร แจ่มผล, ปาริสุทธิ์ เณลิมชัยวัฒน์, ฤทัย เรืองธรรมสิงห์, อัญชนีย์ อุทัยพัฒนาชีพ, ทิพากร ม่วงถึก และวัลลภา โพธาสินธ์. (2562). ผลของตำรับอาหารไทยมีเอกลักษณ์ที่มีต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน :กรณีศึกษาโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครนายก. *วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี*, 13(1), 284-301

Chomsky, N., Halle, M., & Harris, Z. (1960). Toward a generative model of Pig Latin syntax. *Pigology : Current issues in Pig Latin research*, 26(2), 247-289.

บทความในวารสาร อีเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ. เลข DOI

ตัวอย่าง

การุณย์ ประทุม. (2564). การจัดการกับความเอนเอียงจากคุณลักษณะร่วมของวิธีการวัดและการอนุมานความเป็นเหตุและผลในงานวิจัยทางธุรกิจและการจัดการ: การสำรวจภาคตัดขวางและระยะยาว. *จุฬาลงกรณ์ธุรกิจปริทัศน์*, 169, 22 - 39. DOI: 10.14456/cbsr.2021.10

บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ ตอนพิเศษหรือฉบับพิเศษ

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ [ฉบับพิเศษ], เลขหน้าบทความ.

ตัวอย่าง

ฉัตรวรรณ ถัญฉวรรธนกร และใจทิพย์ ณ สงขลา. (2561). การส่งเสริมทักษะการอ่านและการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีปัญหาทางการอ่านโดยใช้ระบบเสริมศักยภาพทางการอ่านบนฐานของมายด์ทูลตามข้อมูลเชิงหลักฐาน. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [ฉบับพิเศษ]*, 46(4), 1-17.

<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/152108>

บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ ฉบับเพิ่มเติม

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับเพิ่มเติม เลขของฉบับที่), เลขหน้าบทความ. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ณิชาพร เจริญวานิชกูร และ ไพโรจน์ น่วมนุ่ม. (2562). ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้คณิตศาสตร์ที่เน้นแบบอย่างและกลวิธีตามแนวคิดของเมย์เนสและจูเลียน-ชูลต์ซ ที่มีต่อความรู้ทางคณิตศาสตร์และ

ความสามารถในการแก้ปัญหาทางคณิตศาสตร์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 47 (ฉบับเพิ่มเติม 2), 88–100.
<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/232424>

2.8 หนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์/วัน/เดือน). ชื่อคอลัมน์. ชื่อหนังสือพิมพ์, เลขหน้าบทความ. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ทีมข่าวการศึกษา. (2554, 23 กุมภาพันธ์). ผ่านร่าง พ.ร.ฎ. ตั้งสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ. *เดลินิวส์*, 12.
Brody, J. E. (2007, December 11). Mental reserves keep brain agile. *The New York Times*.
<https://www.nytimes.com>

2.9 เว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง. (ปี, วัน/เดือนที่เผยแพร่). ชื่อบทความ. ชื่อเว็บไซต์. URL

*กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)

*กรณีที่ปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ปีเท่านั้น

*กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

ตัวอย่าง

อัศริมา สุ่มมาตย์. (2553). *Plagiarism การโจรกรรมทางวิชาการ*. สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
<http://www.library.kku.ac.th/kmlib/Mp=1674>
National Renewable Energy Laboratory. (2008). *Biofuels*.
http://www.nrel.gov/learning/re_biofuels.html

2.10 ราชกิจจานุเบกษา

ชื่อกฎหมาย./ (ปี./วัน/เดือน)./ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม/เลขเล่ม/ตอนที่/เลขตอน. หน้า/เลขหน้า.

ตัวอย่าง

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2565. (2565, 20 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 223 ง. หน้า 1.

การเรียงลำดับเอกสารอ้างอิง

1. เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงภาษาไทยไว้ก่อนภาษาอังกฤษ
2. เรียงลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง (หากเป็นผู้แต่งชาวต่างประเทศเรียงลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อสกุล) โดยไม่ใส่หมายเลขกำกับ หากอักษรตัวแรกเหมือนกัน ให้เรียงลำดับตามอักษรตัวถัดมาเรื่อย ๆ
3. หากเป็นผู้แต่งคนเดียวกันหรือคณะเดียวกัน ในเอกสารอ้างอิงหลายรายการ ให้เรียงลำดับตามปีที่พิมพ์ และหากปีที่พิมพ์เป็นปีเดียวกัน ให้ใช้อักษร ก ข ค ... (หากเป็นภาษาต่างประเทศ ให้ใช้อักษร a b c ...) กำกับหลังปีที่พิมพ์ เช่น 2565ก 2565ข 2019a 2019b
4. หากผู้แต่งชื่อแรกเป็นคนเดียวกันในเอกสารอ้างอิงหลายรายการ โดยมีทั้งรายการที่เป็นผู้แต่งคนเดียวและรายการที่มีผู้แต่งอื่นร่วมด้วย ให้เรียงลำดับตามจำนวนผู้แต่งทั้งหมด จากนั้นน้อยไปหามาก เช่น
 อาภาพร เภาวัฒนา. (2566).
 อาภาพร เภาวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพการ, สุนิย์ ละกำป็น, และขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ. (2554).

การส่งต้นฉบับ

1. การส่งเรื่องตีพิมพ์ โดยให้ส่งในระบบวารสาร โดยสามารถเข้าระบบและ Submission Online ได้ที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>



QR CODE ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

2. ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ ดังนี้
 - 2.1 ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาไทย สำหรับบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นเงิน 4,000 บาท/เรื่อง
 - 2.2 ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ สำหรับบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นเงิน 6,000 บาท/เรื่อง
 - 2.3 ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาไทย สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 5,000 บาท/เรื่อง
 - 2.4 ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 8,000 บาท/เรื่อง

3. การส่งต้นฉบับลงในวารสาร ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 31 มกราคม ของทุกปี ฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 31 พฤษภาคม ของทุกปี และฉบับที่ 3 ภายในวันที่ 30 กันยายน ของทุกปี หากพ้นกำหนดในระยะเวลาดังกล่าว ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาลงในฉบับต่อไป

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อ :

1. อาจารย์ ดร.ธิดารัตน์ คณึงเพียร E-mail: thidarat@bcnsurin.ac.th
2. อาจารย์ธวัชชัย ยืนยาว E-mail: thawatchai@bcnsurin.ac.th
3. กองบรรณาธิการราชวดีสาร E-mail: journalrachawadee@gmail.com

การรับเรื่องต้นฉบับ

1. เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับทาง E-mail ให้ผู้เขียนทราบภายใน 3 อาทิตย์ นับจากวันที่กองบรรณาธิการได้รับต้นฉบับที่ปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้ว
2. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบภายใน 3 เดือน
3. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนสามารถดาวน์โหลดบทความที่ตีพิมพ์ได้ที่ระบบวารสาร ที่เว็บไซต์
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>
4. การส่งเรื่องตีพิมพ์ โดยให้ส่งในระบบวารสาร โดยสามารถเข้าระบบ และ Submission Online ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>
5. ผู้วิจัยไม่สามารถนำบทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่อยู่ในกระบวนการพิจารณา/แก้ไข ในราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น และหากนำไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น จะต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ตามที่วารสารกำหนด เพื่อเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ

ISSN 2985-2900 (ONLINE)

T
C
I
1



www.bcnsurin.ac.th

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>