JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION CENTRE 7 KHONKAEN

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2569)

ISSN 2985-0134 (PRINT)
ISSN 2985-0142 (ONLINE)



ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 043-235-902 ต่อ 2109 / 2591 หรือ 098-586-2136
Email: anamai.plan7@gmail.com

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ

บรรณาธิการอำนวยการ นายแพทย์ชาตรี เมธาธราธิป

บรรณาธิการ ดร.อธิวัฒน์ บุตรดาบุตร **ผู้ช่วยบรรณาธิการ** นางสุภาภรณ์ ศรีสุพรรณ

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ศรีบูรย์ ศรีไชยจรูญพง	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตสกลนคร	ดร.ภานุวัฒน์ ศรีโยธา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบว์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ดร.ภกญ.ศันสนีย์ จันทสุข	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
รศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ดร.ปุลวัชร อาจโยธา	สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านนาโสก
ดร.ลักษณา สกุลทอง	ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๗ ขอนแก่น	ดร.สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.สุภัทรา สามัง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์	ผศ.ดร.ศริญญา จริงมาก	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร.คงฤทธิ์ วันจรูญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์	ผศ.ดร.วรรณา ภาจำปา	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร.ทพญ.ศริญทิพย์ ชาลีเครือ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	ดร.เสาวลักษณ์ คัชมาตย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ ขอนแก่น
ผศ.นพ.สิทธิชัย คำไสย์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ผศ.วิษณุศาสตร์ อาจโยธา	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสานวิทยาเขตขอนแก่น
ผศ.นพ.วิเชียร ศิริธนพล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.พุฒิชาดา จันทะคุณ	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ผศ.พญ.จาริญญ์ จินดาประเสริฐ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	นายชาญชัย ธรรมงาม	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
ผศ.ดร.วรนันท์ ศีรีสัตยกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ผศ.ดร.กุสุมา มีศิลป์	มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์	ดร.พญ.สุจิรา ขวาแซ้น	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
ผศ.ดร.เทพไทย โชติชัย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	ดร.ทพ.เขมกร วงศ์กาฬสินธุ์	โรงพยาบาลเขาสวนกวาง
นางสาวประภัสสรา พิศวงปราการ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น		

อำนวยการวิชาการ

นพ.ไพบูรณ์ จัตกุล	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	นางปิยะนันท์ โพธิชัย	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
พญ.มกรารัตน์ หวังเจริญ	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	นางสุรางค์รัตน์ โฆษิตธนสาร	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
ทพญ.ปิยะนุช เอกก้านตรง	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	นางสาวกันยารัตน์ สมบัติธีระ	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
นางกรแก้ว ถิรพงษ์สวัสดิ์	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	นางกัญญา จันทร์พล	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
นางชัญญานุช ปานนิล	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	นางสาวจันทร์ธรา สมตัว	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
นายสุวิศิษฎ์ ช่างทอง	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	นางสาวจุฑารัตน์ กิจใบ	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

จัดพิมพ์และเผยแพร่ นางสาวจุฑารัตน์ กิจใบ นางสาวจันทิยา เนติวิภัชธรรม นางพรพรรณ นามตะ นายจิรโรจน์ จิระเจริญวงศ์ษา นางธิดารัตน์ สุนทรไชยา

ศิลปกรรมออกแบบ นางสาวจุฑารัตน์ กิจใบ นางพรพรรณ นามตะ นางธิดารัตน์ สุนทรไชยา

สำนักงาน ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 043-243-416, 089-5862136 http://hpc7.anamai.moph.go.th

กำหนดออก ปีละ 3 เล่ม มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION CENTRE 7 KHONKAEN
ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569
Vol.18 No.2 May - August 2026
ISSN 2985-0134 (Print)
ISSN 2985-0142 (Online)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ และวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานค้นคว้า และวิจัยของนักวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งงานวิจัยด้านการศึกษาและด้านการสอน
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น ข่าวสารและเป็นสื่อสัมพันธ์ในวงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ

บทบรรณาธิการ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2569) ในฉบับนี้ กองบรรณาธิการมีความภาคภูมิใจอย่างยิ่งในการนำเสนอบทความวิจัยและบทความวิชาการ รวม 20 เรื่อง ซึ่งสะท้อนถึงความมุ่งมั่นของนักวิจัย บุคลากรทางการแพทย์และนักสาธารณสุขในการสร้างสรรค์องค์ความรู้เพื่อตอบสนองต่อความท้าทายด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพและระดับประเทศอย่างครอบคลุม มุ่งเน้นเนื้อหาวิชาการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยการยกระดับระบบบริการและการดูแลกลุ่มผู้ป่วย โรคซับซ้อน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและให้ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ทั้งทางกายและจิตใจ มุ่งเน้นนวัตกรรมที่ใช้งานได้จริงด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย รวมถึงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สะท้อนการปรับตัวสู่ยุคดิจิทัล มีการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ ครอบคลุมมิติความปลอดภัย สิทธิและอนามัย กลุ่มเฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมสิทธิและบริการสุขภาพวัยรุ่น LGBTQ+ มีการรณรงค์ป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า ในโรงเรียนและปัจจัยเสี่ยงการใช้ยาแอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องให้ความสำคัญ ในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากก่อให้เกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุตรในครรภ์ได้ เป็นต้น

องค์ความรู้และนวัตกรรมจากบทความวิจัยในฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการ ยกระดับการดูแลผู้ป่วย และสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืน สามารถส่งเสริมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ประชาชน อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จะเป็นฐานข้อมูลสำคัญให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและนำไปสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีให้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ กองบรรณาธิการ ยังคงพัฒนาคุณภาพงานเพื่อมุ่งสู่คุณภาพตามมาตรฐานสากลอย่างต่อเนื่อง และยังคงธำรงไว้ซึ่งคุณภาพวารสารทางวิชาการและอยู่ในฐานข้อมูลดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index:TCI 2) ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาบทความจำนวน 3 ท่าน ในการให้ข้อเสนอแนะผลงานวิชาการ เพื่อให้มีคุณภาพและมาตรฐานทางวิชาการ เป็นผลงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม มีผู้นิพนธ์ นักวิชาการจากหลากหลายหน่วยงานในการนำผลงานวิชาการมาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ซึ่งเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และสร้างเครือข่ายด้านวิชาการระหว่างหน่วยงานด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาเสนอแนะบทความงานวิชาการ งานวิจัย เพื่อนำไปปรับปรุงเนื้อหาให้มีคุณภาพมากขึ้น ขอบคุณผู้นิพนธ์ ผู้อ่านและผู้สนใจทุกท่านที่ให้ความสนใจ ส่งบทความผลงานวิชาการงานวิจัยมาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนต่อไป

ดร.อธิวัฒน์ บุตรดาบุตร

บรรณาธิการ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ข้อแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

ข้อแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
(Journal of Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen)

1.คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ (Instructions for the Authors)

1.1 วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Journal of Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ครั้ง ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

1.2 วารสารพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นบทความที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาลงในวารสารใด ๆ สามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะดังนี้

- บทความวิจัย (Research Article) เป็นบทความทั้งวิจัยพื้นฐานและวิจัยประยุกต์
- บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความที่วิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

1.3 กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร ในกรณีบทความวิจัยจะมีผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 ท่านเป็นผู้พิจารณา ส่วนกรณีบทความทั่วไปจะมีผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 ท่านเป็นผู้พิจารณาเช่นกัน

1.4 ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบต่อเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้นิพนธ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรง หรือของตนเองที่เข้าข่ายการคัดลอกผลงาน (Plagiarism) และได้กำหนดความซ้ำของผลงาน ด้วยโปรแกรม CopyCatch Thaijo ในระดับ ไม่เกิน 25%

2.ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)

2.2 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun PSK ขนาด 16 point เป็นไฟล์ word document เท่านั้น

3.การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

ให้ผู้นิพนธ์ส่ง file ต้นฉบับในรูปแบบWord document ในระบบการ Submissionใน https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7 เท่านั้น หากการ Submission สำเร็จ ผู้นิพนธ์จะได้รับ E-mail แจ้งเตือนการได้รับบทความเพื่อเข้าสู่กระบวนการพิจารณาต่อไป โดยการส่งต้นฉบับเข้ารับการตีพิมพ์ในฉบับที่ 1 ควรส่งก่อนวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ฉบับที่ 2 ควรส่งต้นฉบับก่อนวันที่ 1 มิถุนายน และ ฉบับที่ 3 ควรส่งต้นฉบับก่อนวันที่ 1 ตุลาคม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนบทความที่อยู่ในระบบ (ควรติดต่อกองบรรณาธิการเพื่อสอบถามรอบการตีพิมพ์)

4.การเรียงลำดับเนื้อหา

4.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง มีความสั้นกระชับสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง

- ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง เป็นความหมายเดียวกับชื่อเรื่อง

4.2 ชื่อผู้นิพนธ์ (Authors) - ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน) ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนาจัดชิดขวา ใต้ชื่อเรื่อง

ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้นิพนธ์ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดชิดซ้าย ท้ายบทคัดย่อ - E-mail address ของผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทคัดย่อ ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

4.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดชิดขอบ ความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ เขียนต่อกันเป็นความเรียงให้กระชับ

4.4 คำสำคัญ (Keyword) - ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ ขนาด 16 point

4.5 บทนำ (Introduction)

บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

4.6 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology) ประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว (ถ้ามี)

4.7 ผลการวิจัย (Result) - อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

4.8 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion) การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุน ผลการวิจัย สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

4.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนงานวิจัยนั้น ๆ ที่มิได้เป็นผู้ร่วมวิจัย

4.10 เอกสารอ้างอิง (Reference) - ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver citation style เท่านั้น โดยมีหลักการอ้างอิง ดังนี้

รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) 2)การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือ เอกสารอ้างอิง (Reference)

1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าบางส่วน หรือทั้งหมด มาอ้างอิงในผลงานวิชาการ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้นิพนธ์ หรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้เลขลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา โดยมีวิธีการอ้างอิง ดังนี้

1.1) การอ้างอิงที่เน้นผู้นิพนธ์ หรือ ผู้นิพนธ์เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตาม หลังชื่อผู้นิพนธ์

1.2) การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือ ผู้นิพนธ์ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหาให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังข้อความที่อ้างอิง

1.2.1) การอ้างอิงรายการเดียว ตัวอย่าง อาการไอเป็นเลือด (hemoptysis) คือ การที่มีอาการไอร่วมกับมีเลือดออกมาจากปอดหรือหลอดลม เป็นอาการที่พบได้บ่อยในทางคลินิก มีอัตราการเสียชีวิตตั้งแต่ ร้อยละ 7 ถึง 30 [3]

1.2.2) การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิง เป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายยติภังค์ (-) คันระหว่างตัวเลข แต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิง ไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คันระหว่างตัวเลข

2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือ เอกสารอ้างอิง (Reference)

ในการอ้างถึงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลขที่มีการอ้างถึงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างถึงในเนื้อเรื่องนั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย (1, 2, 3,...) ให้เขียนหมายเลขอยู่ในวงเล็บ ( ) ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน

2.1) ผู้นิพนธ์ 1-6 คน รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามลำดับ โดยเริ่มจาก นามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย , หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วยคำว่า “et al.”

<u>รูปแบบพื้นฐาน</u> ชื่อผู้นิพนธ์ (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year);เล่มที่ของวารสาร (Volume):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

<u>ตัวอย่าง</u>

1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002; 347(4):284-7.

2.2) ผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามลำดับ โดยเริ่มจาก นามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย , หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วยคำว่า “et al.”

<u>รูปแบบพื้นฐาน</u> ชื่อผู้นิพนธ์ 6 คน (Author), และคณะ. ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year);เล่มที่ของวารสาร (Volume):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

<u>ตัวอย่าง</u>

1. จริญา เลิศอรรฆยมณี, เอมอร รักษมณี, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒิพรรณี วรกิจโภคาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545; 85: 1288-95.

2.3) ไม่ปรากฏชื่อผู้นิพนธ์ ให้เขียนชื่อบทความเป็นส่วนแรก

<u>รูปแบบพื้นฐาน</u> ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year);เล่มที่ของวารสาร (Volume):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

<u>ตัวอย่าง</u>

1.21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ. 2002; 325(73):184.

2.4) หนังสือผู้นิพนธ์คนเดียว

<u>รูปแบบพื้นฐาน</u> ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

<u>ตัวอย่าง</u>

1. Murray PR. Medical microbiology. 4th Louis: Mosby; 2002.
2. เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง (Clinical management of essential hypertension). กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา; 2532.

2.5) หนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ

<u>รูปแบบพื้นฐาน</u> ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

<u>ตัวอย่าง</u>

1. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรรณี ปิติสุทธิธรรม ชยันต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้งฯ; 2552. หน้า 255-78.

2. วีระพลจันทร์ดียิ่ง, สนทิศ สุทธิจำรูญ, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยาเด็กและหญิงวัยรุ่นสาว. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2531.

2.6) หน่วยงานเป็นผู้นิพนธ์

1. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538 ;24: 190-204.
2. World Health Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002; 26:541-5.

2.7) วิทยานิพนธ์

<u>รูปแบบพื้นฐาน</u> ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

<u>ตัวอย่าง</u>

1. สมภพ บุญทิม. ผลทางไซโตเจเนติกของสารคดี จากไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) ต่อโครโมโซมของมนุษย์ที่เตรียมจากลิมฟ์โฟซัยที่เพาะเลี้ยง. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2533. 75 หน้า.

2.8) บทความในเอกสารการประชุมวิชาการ

<u>รูปแบบพื้นฐาน</u> ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ใน(In): ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ(editor(s)). ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

<u>ตัวอย่าง</u>

1. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p.182-91.

2.9) เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม /รายงานการประชุม

<u>รูปแบบพื้นฐาน</u> ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

<u>ตัวอย่าง</u>

1. JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

2.10) บทความบนอินเทอร์เน็ต

<u>รูปแบบพื้นฐาน</u> ชื่อผู้แต่ง/ชื่อหน่วยงาน. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อวันที่เดือน ปี]; เข้าถึงได้จาก: http://.....

<u>ตัวอย่าง</u>

1. สภาการพยาบาล. ข้อบังคับสภาการพยาบาล [อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กันยายน 2557]; เข้าถึงได้ จาก: http://www.tnc.or.th/examine/rules.html.

5.ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ เมื่อบทความที่ลงทะเบียนผ่านการพิจารณากลั่นกรองเบื้องต้นจากกองบรรณาธิการโดยมีรูปแบบการพิมพ์ ขอบเขตเนื้อหา รวมถึงความเหมาะสมตามเกณฑ์คุณภาพของวารสารแล้ว

- ผู้นิพนธ์ภายนอกศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ในอัตรา 3,500 บาท ต่อ 1 บทความ
- ผู้นิพนธ์ภายในศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้รับการยกเว้นเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

ทั้งนี้ ผู้นิพนธ์ภายนอกไม่สามารถขอคืนเงินค่าธรรมเนียมดังกล่าวได้ภายหลังการชำระเงินแล้ว ซึ่งจะเริ่มเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ตั้งแต่ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2566) เป็นต้นไป

หมายเหตุ : กรณีที่มีรายชื่อผู้นิพนธ์หลายคน ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทั้งภายในและภายนอกศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กองบรรณาธิการถือชื่อผู้นิพนธ์อันดับแรกเป็นสำคัญ และการพิจารณาจากกองบรรณาธิการถือเป็น ที่สิ้นสุด

6.การติดต่อบรรณาธิการวารสาร

กลุ่มส่งเสริมการวิจัย นวัตกรรม และพัฒนาการเรียนรู้ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
อาคารอำนวยการ ชั้น 2 เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 043-235-905 ต่อ 2109- 2110 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 098-586-2136
E-mail: anamai.plan7@gmail.com

จริยธรรมการตีพิมพ์

1. บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์ (Duties of Authors)

1.1 ผู้นิพนธ์เมื่อส่งบทความไปยังบรรณาธิการ บทความนี้ต้องไม่เคยเผยแพร่มาก่อนและไม่ได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์ที่อื่นมาก่อน

1.2 ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบต่อเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้นิพนธ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรงต้องมีการอ้างอิงหรือยกมาอย่างเหมาะสม

1.3 ผู้นิพนธ์ต้องเขียนบทความวิจัยให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน “คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์”

1.4 ผู้นิพนธ์ที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง

1.5 ผู้นิพนธ์จะต้องรับผิดชอบในการเปิดเผยแหล่งที่มาของการสนับสนุนทุนทั้งหมด สำหรับโครงการวิจัย โดยอธิบายไว้ในต้นฉบับที่ส่งมา รวมทั้งระบุผู้นิพนธ์ร่วมทั้งหมดที่อำนวยความสะดวกในการวิจัย

1.6 ผู้นิพนธ์ต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (หากมี)

1.7 ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบต่อเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้นิพนธ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรงต้องมีการอ้างอิงหรือยกมาอย่างเหมาะสม

1.8 การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิตติกรรมประกาศนั้น หากสามารถทำได้ผู้นิพนธ์บทความควรขออนุญาตจากบุคคลที่ประสงค์จะขอบคุณเสียก่อน

1.9 ผู้นิพนธ์จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จ หรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือ เลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป

1.10 กรณีที่ผลงานเป็นการศึกษาวิจัยและทำการทดลองในคนหรือสัตว์ทดลอง โดยการทดลองในคนอาจส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรี สิทธิ ความปลอดภัยของอาสาสมัคร ควรแนบหนังสือรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ทั้งนี้ การอนุมัติให้ลงตีพิมพ์ขึ้นอยู่กับการพิจารณาจากกองบรรณาธิการวารสารฯ ถือเป็นที่สิ้นสุด

2. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

2.1 บรรณาธิการวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโดยคัดกรองตรวจสอบบทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ด้วยหลักการทางวิชาการ

2.2 บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความในระหว่างการประเมินบทความ

2.3 บรรณาธิการควรดำเนินการทุกอย่างเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของบทความที่ตีพิมพ์เพื่อรับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ตีพิมพ์ และตระหนักว่าวารสาร และแต่ละส่วนของวารสาร มีวัตถุประสงค์ และมาตรฐานที่ต่างกัน

2.4 การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการยอมรับหรือปฏิเสธบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์ ควรขึ้นอยู่กับความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความวิจัย ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสาร

2.5 บรรณาธิการควรมีการชี้แจงหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบประเมินบทความ(peer review) นอกจากนี้ควรมีความพร้อมในการชี้แจงความเบี่ยงเบนต่าง ๆ จากกระบวนการตรวจสอบที่ได้ระบุไว้

2.6 บรรณาธิการควรจัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้นิพนธ์ในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง ในทุกเรื่องที่ผู้นิพนธ์ควรรับทราบ และควรมีการปรับปรุงคำแนะนำให้ทันสมัยอยู่เสมอ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย

2.7 บรรณาธิการไม่ควรเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการตอบรับบทความที่ถูกปฏิเสธการติพิมพ์ไปแล้ว ยกเว้นมีปัญหาร้ายแรงเกิดขึ้นในระหว่างการส่งบทความมารับการพิจารณา

2.8 บรรณาธิการพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความและส่งบทความให้ผู้พิจารณาบทความโดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาบทความ (Double blind)

2.9 บรรณาธิการต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ผู้ประเมิน และทีมผู้บริหาร

2.10 หากบรรณาธิการตรวจพบว่า บทความมีการลอกเลียนบทความอื่นโดยมิชอบ หรือมีการปลอมแปลงข้อมูล ซึ่งสมควรถูกถอดถอน แต่ผู้เขียนปฏิเสธที่จะถอนบทความ บรรณาธิการสามารถดำเนินการถอนบทความได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้นิพนธ์

3. บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ (Duties of Reviewers)

3.1 ผู้ประเมินบทความต้องไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับต้นฉบับที่ส่งมาเพื่อการประเมินแก่บุคคลอื่นนอกเหนือจากผู้นิพนธ์และผู้ประเมิน

3.2 ผู้ประเมินบทความควรแจ้งและปฏิเสธการประเมินกับบรรณาธิการหากมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับบทความที่ส่งมาให้พิจารณา

3.3 ผู้ประเมินบทความควรประเมินบทความในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญโดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหา คุณภาพการวิเคราะห์และความเข้มข้นของผลงาน ไม่ควรใช้ความเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ

3.4 ผู้ประเมินบทความต้องระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมินแต่ผู้นิพนธ์ไม่ได้อ้างถึงด้วยหากมีความซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่นต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

3.5 ผู้ประเมินควรตรวจสอบและส่งบทวิจารณ์ภายในระยะเวลาที่คณะกรรมการบรรณาธิการเห็นชอบ หากไม่สามารถตรวจสอบต้นฉบับได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้ประเมินจะต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบทันที

4. ความขัดแย้งทางผลประโยชน์ (Conflict of Interest)

ผู้นิพนธ์ บรรณาธิการ และผู้ประเมินบทความควรหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อนในทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดเตรียมสิ่งพิมพ์ หากมีผลประโยชน์ทับซ้อนในรูปแบบใด ๆ บุคคลที่เป็นคนแรกที่ระบุความขัดแย้งดังกล่าวมีหน้าที่ต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบทันที

กระบวนการพิจารณาบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร

1. การตรวจสอบบทความเบื้องต้นโดยกองบรรณาธิการ (1-4 สัปดาห์): บทความที่ถูกส่งเข้ามา จะได้รับการตรวจสอบรูปแบบการจัดหน้า การใช้ภาษา ความเพียงพอและความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการอ้างอิง รูปแบบการเขียนอ้างอิง รวมถึงความซ้ำซ้อนโดยกองบรรณาธิการ หากบทความดังกล่าวมีรูปแบบไม่เป็นไปตามที่วารสารฯ กำหนด หรือมีอัตราการซ้ำซ้อนสูงกว่าที่วารสารฯ กำหนด กองบรรณาธิการ จะไม่รับบทความดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการพิจารณา

2. การประเมินบทความ พิจารณาความถูกต้อง-เหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (2-4 สัปดาห์): บทความที่ผ่านการพิจารณาขั้นที่ 1 แล้ว กองบรรณาธิการจะพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2-3 ท่าน เพื่อพิจารณาบทความดังกล่าวในรูปแบบ Double-Blind ก่อนดำเนินการทาบทาม และจัดส่งบทความแก่ผู้ทรงคุณวุฒิต่อไป โดยระดับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจะประกอบด้วย 1. สมควรได้รับการตีพิมพ์ (Accept) 2. สมควรได้รับการตีพิมพ์ โดยต้องมีการปรับแก้ไขเล็กน้อย (Accept with minor revision) 3. สมควรได้รับการตีพิมพ์ โดยต้องมีการปรับแก้ไขอย่างมาก (Accept with major revision) และ 4. ไม่สมควรได้รับการตีพิมพ์ (Reject)

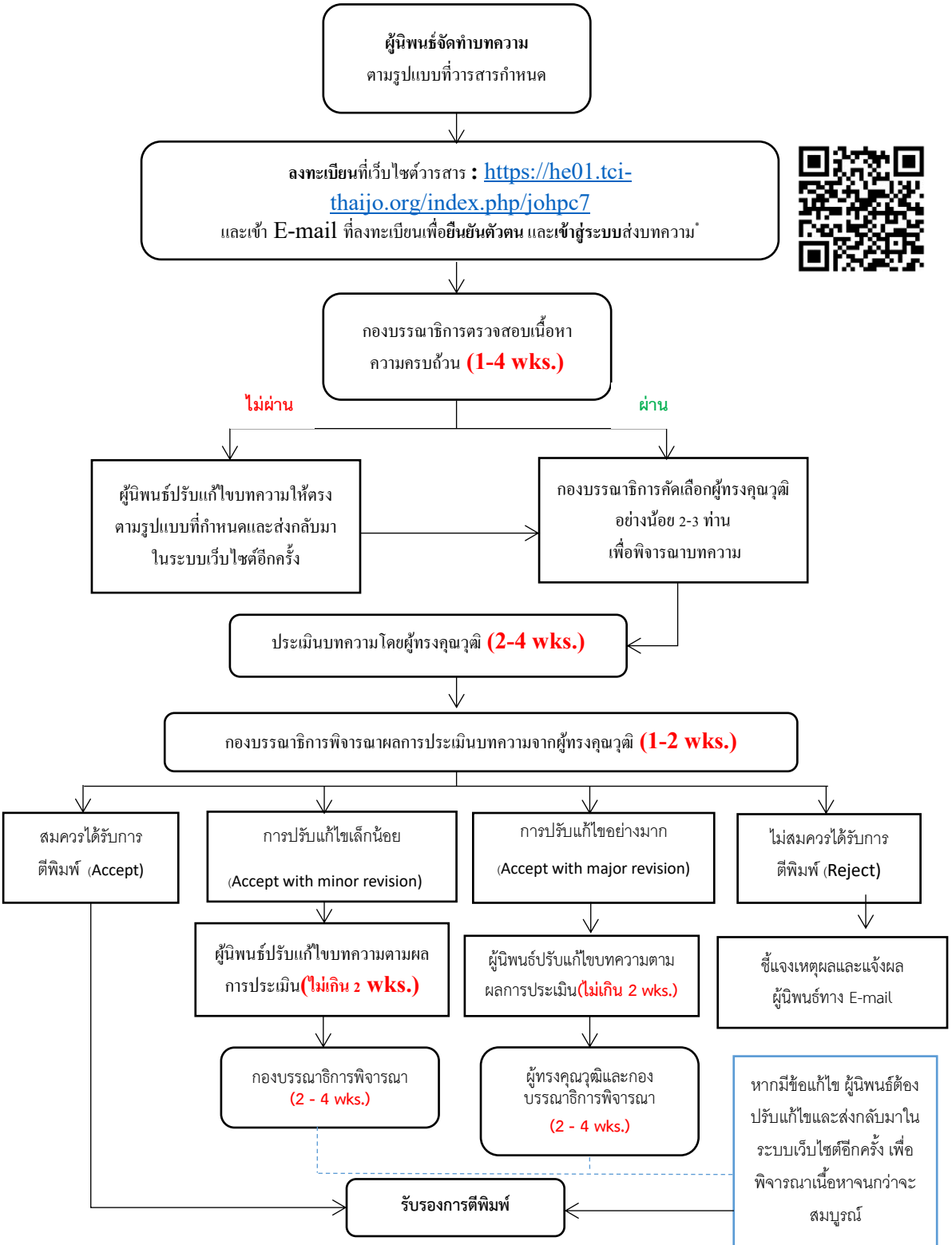
3. การพิจารณาผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (1-2 สัปดาห์): เมื่อกองบรรณาธิการได้รับผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิครบถ้วนแล้ว จะดำเนินการพิจารณาและสรุปผลอีกครั้ง โดยบทความที่จะได้รับการตีพิมพ์ ต้องได้รับผลเป็น Accept หรือ Accept with minor revision ส่วนบทความที่ได้รับผลเป็น Accept with major revision บรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาชี้ขาด และบทความที่ได้รับผลเป็น Reject จะไม่ได้รับการอนุมัติให้ตีพิมพ์ในวารสาร

4. การปรับแก้ (ไม่เกิน 2 สัปดาห์): บทความที่ได้รับการอนุมัติให้ตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และความคิดเห็นเพิ่มเติมจากกองบรรณาธิการ (ถ้ามี) โดยผู้เขียนต้องดำเนินการแก้ไขให้ครบถ้วน และกรอกแบบฟอร์มชี้แจงการปรับแก้ แล้วส่งบทความที่ปรับแก้แล้วและเอกสารชี้แจงการปรับแก้กลับมายังกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด

5. การพิจารณาบทความฉบับปรับแก้ (2-4 สัปดาห์): เมื่อกองบรรณาธิการได้รับบทความที่ปรับแก้แล้ว จะดำเนินการพิจารณาความถูกต้องอีกครั้ง หากบทความดังกล่าวได้รับการแก้ไขครบถ้วน จะรับรองการตีพิมพ์และนำเข้าสู่กระบวนการจัดอาร์ตเวิร์คต่อไป

แผนผังขั้นตอนการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ในระบบ Thai Journals Online (ThaiJO) Link: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7



*สามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

https://docs.google.com/document/d/1lq97FmQkaGOzJzXTsxJifq00vBXdlYxRK2zTn828KKM/mobilebasic?usp=gmail#h.13ju08w3j55

ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

สารบัญ

<u>บทความวิชาการ/ทั่วไป</u>	
1. ปัจจัยเสี่ยงของการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ : การทบทวนวรรณกรรม	1
➢ **จันทรัสม์ บุญลอด, ทิวาวรรณ เทพา**	
<u>บทความวิจัย</u>	
2. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต่อความรู้และวิตกกังวลของผู้ป่วย ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	17
➢ **ศรันยา ดวงเดือน, ลินดา จันทร์วิเศษ, วิมลพร ธีระวัฒนานันท์, ธนาพร ปางลีลาศ, รัชนิดา เบ้าบุญ**	
3. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์กลุ่มวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรม : การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ	33
➢ **วรารัตน์ เหล่าสูง, เบญจพรรณ ขวัญยืน**	
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี เขตสุขภาพที่ 7	48
➢ **สุภาวดี ฟองฟุ้ง, ธีรศักดิ์ พาจันทร์**	
5. ความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนในระยะก่อนการผ่าตัดหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	62
➢ **จุฑารัตน์ ตาดำ, พรพิมล สินเธาว์, วิภาพร พลับนิล**	
6. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	74
➢ **ชลิดา ขันธวิชัย, สีหะพงษ์ เพชรรัตน์, ฉัตรชนก อุประ**	
7. ผลของกิจกรรมอบรมต่อการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายและการเข้าถึงบริการสุขภาพของวัยรุ่น LGBTQ+ ในโรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น	88
➢ **มเหศักดิ์ ภูริวัฒน์ภากร, ชนิตา รุ่งวิทยาการ, กัญญาณัท ศักดิวงศ์**	
8. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพร ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์	100
➢ **สุภาดา วิมาเณย์, นพรัตน์ เสนาฮาด**	

9. อิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ	112
➢ **อิฏฐาภรณ์ บุญเริ่ม, นพรัตน์ เสนาฮาต, สุภารัตน์ ทัพโพธิ์**	
10. ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพและพฤติกรรมการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนจังหวัดมหาสารคาม	129
➢ **แฉล้ม รัตนพันธุ์, ปธิณี อัคนิจ, บารมี พลขันธ์, รักษวร ใจสะอาด**	
11. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเชิงจิตมิติของแบบประเมินความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว	144
➢ **ศักดิ์ชรินทร์ นรสาร, วิไลวรรณ วัฒนานนท์, ศิราณี ศรีหาภาค**	
12. ผลของโปรแกรมการใช้ไม้บรรทัดนับหน่วยคาร์โบไฮเดรต ร่วมกับออกกำลังกายด้วยตนเอง ต่อค่าดัชนีมวลกายและเปอร์เซ็นต์ไขมัน ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน	156
➢ **ศิวพร ขุมหิรัญ, วาสนา มงคลศิลป์, ชัญญานุช ปานนิล,**	
13. ปัจจัยเชิงพยากรณ์ของสมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น	170
➢ **ชนาพร ปิ่นสุวรรณ, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร, กุลธรา จงตระการสมบัติ**	
14. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	185
➢ **ยุวดี ศรีบุญเรือง, วัลลิดา ราชกรม**	
15. ความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในการทำงานของพนักงานฝ่ายผลิต บริษัท พลวัชร์ เครื่องยนต์ จำกัด	200
➢ **ฤดี นิยมรัตน์, เบญจลักษณ์ เมืองมีศรี, สมเกียรติ กอบัวแก้ว , นิศารัตน์ อมรกุล**	

16. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอดต่อการเผชิญความปวดระยะเวลาการคลอด วิธีการคลอด และความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาลในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก	212
➢ **สุภาภรณ์ ศิริวัฒนชัยศิลป์, ฉายวสันต์ คุณอุดม**	
17. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน	225
➢ **วิไลลักษณ์ วอแพง, กฤตานนท์ จันทรศรี**	
18. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคที่เกิดจากความร้อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม	238
➢ **อัญธิกา บรรจงสวัสดิ์ ,ปิยมาภรณ์ ดวงมนตรี**	
19. ผลของชุดกิจกรรมการให้ความรู้ต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดขอนแก่น	252
➢ **นวลละออง ทองโคตร, ปิยนุช ภิญโย, วชิรศักดิ์ อภิพัตฐ์กานต์, กิตติมา แสนสุนนต์, กิตติพัฒน์ ถวัลย์เสรีวัฒนา, ธิตินันท์ ตุ่นเฮ้า, ปวีณา สนธิสัมพันธ์, อริสา สุวรรณมาโจ, อัษฎางค์กูล คุณแก้ว**	
20. การพัฒนาแผนกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานระดับประเทศ พ.ศ. 2568-2580	266
➢ **ชลพันธ์ ปิยถาวรอนันต์, กมลนิตย์ มาลัย, ฐาปะณี คงรุ่งเรือง, กชธนาณัฏฐ์ โพธิมา, ศิรินทรา พินิจกุล, จิรนันท์ สุวะไกร, อัจฉราภา กลิ่นสุวรรณ**	

ปัจจัยเสี่ยงของการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ : การทบทวนวรรณกรรม

จันทรัสม์ บุญลอด[1], ทิวาวรรณ เทพา[2*]

(วันที่รับบทความ: 24 มีนาคม 2569, วันที่แก้ไข: 27 พฤษภาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 27 พฤษภาคม 2569)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ และสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองสำหรับคลินิกฝากครรภ์ การสืบค้นข้อมูลดำเนินการจากฐานข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ PubMed, Scopus, CINAHL, ScienceDirect และ ThaiJO โดยใช้กรอบแนวคิด PEC (Population–Exposure–Outcome) เพื่อกำหนดขอบเขตการสืบค้น และดำเนินการตามหลักการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบร่วมกับเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยที่ชัดเจน กระบวนการคัดเลือกบทความดำเนินการตามแนวทาง PRISMA 2020

จากการสืบค้นพบเอกสารจำนวน 168 เรื่อง ภายหลังการคัดกรองบทความซ้ำ การประเมินชื่อเรื่องบทคัดย่อ และการประเมินบทความฉบับเต็มตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่ามีบทความผ่านเกณฑ์และนำมาสังเคราะห์เชิงคุณภาพจำนวน 7 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์สามารถจำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านจิตสังคม โดยปัจจัยที่พบร่วมกันในหลายการศึกษา ได้แก่ ประวัติการใช้สารเสพติดก่อนการตั้งครรภ์ อายุและระดับการศึกษา ภาวะเศรษฐกิจ การมีคู่ครองหรือบุคคลใกล้ชิดที่ใช้สารเสพติด การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด ตลอดจนความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันในลักษณะพหุปัจจัยและส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้แอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์ องค์ความรู้ที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยง เพื่อสนับสนุนการค้นหาสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และวางแผนการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: แอมเฟตามีน, สตรีตั้งครรภ์, ปัจจัยเสี่ยง, การทบทวนวรรณกรรม, แบบคัดกรอง

[1]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2]รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding author: ทิวาวรรณ เทพา e-mail: tthiwawan@kku.ac.th

Risk Factors for Amphetamine Use Among Pregnant Women: A Narrative Review

Jantaras Bunlod[1], Thiwawan Thepha[2*]

(Received: 24th March 2026, Revised: 27th May 2026, Accepted: 27th May 2026)

Abstract

This study employed a systematic literature review to identify risk factors associated with amphetamine use among pregnant women and to synthesize evidence for the development of a screening tool for antenatal care clinics. Literature searches were conducted using both national and international databases, including PubMed, Scopus, CINAHL, ScienceDirect, and ThaiJO. The PEC (Population–Exposure–Outcome) framework was applied to define the search strategy and scope. The review process followed the principles of systematic evidence synthesis with clearly defined inclusion criteria, and article selection was conducted according to the PRISMA 2020 guidelines.

A total of 168 records were identified through database searching. After removing duplicate articles and conducting title, abstract, and full-text screening based on predefined eligibility criteria, seven studies met the inclusion criteria and were included in the qualitative synthesis. The findings revealed that risk factors associated with amphetamine use during pregnancy could be classified into four domains: individual factors, family-related factors, social and environmental factors, and psychosocial factors. Commonly reported factors across studies included a history of substance use prior to pregnancy, maternal age and educational level, socioeconomic conditions, having a partner or close family member who used substances, lack of family support, living in environments with widespread drug exposure, as well as stress, depression, and mental health problems. These factors were interconnected in a multifactorial manner and collectively influenced amphetamine use behaviors during pregnancy. The synthesized evidence from this review may serve as a foundation for developing a risk screening tool to support early identification of pregnant women at risk and facilitate appropriate care planning and intervention in antenatal care settings.

Keywords: amphetamine, pregnant women, risk factors, systematic literature review, screening tool

[1]Student of Master of Nursing Science program in Midwifery, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

[2]Associated Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*Corresponding author: Thiwawan Thepha e-mail: tthiwawan@kku.ac.th

บทนำ

พฤติกรรมการใช้สารเสพติดในระหว่างตั้งครรภ์เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ โดยเฉพาะสารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีนซึ่งเป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและสามารถก่อให้เกิดการพึ่งพิงทั้งทางร่างกายและจิตใจองค์การสหประชาชาติด้านยาเสพติดและอาชญากรรมรายงานว่าแอมเฟตามีนเป็นหนึ่งในกลุ่มสารเสพติดที่มีการใช้แพร่หลายมากที่สุดในหลายภูมิภาคของโลก โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีแนวโน้มการแพร่ระบาดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1,2] นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกระบุว่าการใช้สารเสพติดในระหว่างการตั้งครรภ์เป็นปัจจัย ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ และควรได้รับการเฝ้าระวังและคัดกรองในระบบบริการสุขภาพแม่และเด็ก[3]

การใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด งานวิจัยหลายฉบับพบว่าการได้รับแอมเฟตามีนระหว่างการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่นการคลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย และภาวะการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ที่ผิดปกติ[4] นอกจากนี้ การใช้แอมเฟตามีนในระยะก่อนคลอดยังอาจส่งผลต่อพัฒนาการของระบบประสาทและพฤติกรรมของเด็กในระยะยาว โดยเฉพาะด้านพัฒนาการทางสติปัญญาและการควบคุมพฤติกรรม[5] ผลกระทบดังกล่าวไม่เพียงส่งผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกเท่านั้น แต่ยังอาจเพิ่มภาระต่อระบบบริการสุขภาพและระบบสังคมในระยะยาว

ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ การใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์มักสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน เช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ความเครียดทางจิตใจ การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวการเผชิญกับความรุนแรงในครอบครัว รวมถึงการมีเครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์หลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการฝากครรภ์หรือ เข้ารับบริการล่าช้า[6] ดังนั้น การทำความเข้าใจ ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญต่อการวางแผนการป้องกัน การเฝ้าระวัง และการคัดกรองในระบบบริการสุขภาพ

สถานการณ์ในประเทศไทย พบว่ายังมีสตรีตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมการใช้แอมเฟตามีน โดยมีรายงานอัตราการใช้ประมาณร้อยละ 1.5–3 ของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการใช้แอมเฟตามีนในช่วงการตั้งครรภ์ยังคงเป็นประเด็นที่สำคัญด้านสาธารณสุข เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่พบว่าเขตสุขภาพที่ 7 มีแนวโน้มอัตราการใช้ แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2568 โดยมีอัตราร้อยละ 1.00, 1.23, 3.44 และ 3.26 ตามลำดับ ขณะที่จังหวัดขอนแก่นซึ่งเป็นจังหวัดหลักในเขตสุขภาพดังกล่าว มีอัตราการใช้ใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 1.11, 1.36, 3.13 และ 3.19 ตามลำดับ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อน ให้เห็นถึงความจำเป็นในการเฝ้าระวังและการพัฒนามาตรการคัดกรองเพื่อค้นหา

สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการใช้แอมเฟตามีนระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์

แม้ว่าจะมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดในสตรีตั้งครรภ์ในหลายประเทศ แต่การศึกษาที่มุ่งเน้น การวิเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงของการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ยังมีค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะการศึกษาที่รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองในบริบทของบริการฝากครรภ์ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจึงมีบทบาทสำคัญในการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและวิเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงของ การใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ เพื่อรวบรวมองค์ความรู้จากงานวิจัยที่มีอยู่ และนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงสำหรับใช้ในคลินิกฝากครรภ์ ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถค้นหาสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการใช้แอมเฟตามีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การวางแผนการดูแล ป้องกัน และลดผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์จากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. เพื่อวิเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และปัจจัย ด้านจิตสังคม เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ และสามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาองค์ประกอบของแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ได้

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ โดยจำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม และจิตสังคมเพื่อนำไปพัฒนาแบบคัดกรองในคลินิกฝากครรภ์

ข้อมูลสืบค้นจากฐานข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ PubMed, Scopus, Science Direct, Google Scholar และ ThaiJo โดยคัดเลือกบทความที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่กำหนด และสามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็มได้ ตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2557–2567

การทบทวนดำเนินการตามแนวทาง PRISMA 2020 ครอบคลุมขั้นตอนการสืบค้น การคัดเลือก การประเมินบทความ และการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสังเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ โดยดำเนินการตามแนวทาง PRISMA 2020 เพื่อให้กระบวนการสืบค้น คัดเลือก และสังเคราะห์ข้อมูลเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน[7] ทั้งนี้ ยึดหลักการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ (systematic evidence synthesis) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและลดความเอนเอียงของผลการศึกษา โดยกำหนดกระบวนการสืบค้น การคัดเลือก การประเมินคุณภาพบทความ และการสังเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นขั้นตอน รวมทั้งกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของเอกสารอย่างชัดเจนตามแนวทางการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ[8]

การสืบค้นข้อมูลดำเนินการจากฐานข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ PubMed, Scopus, ScienceDirect, Google Scholar และ ThaiJo โดยใช้คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ amphetamine, methamphetamine, pregnancy, pregnant women, substance use และ risk factors ร่วมกับตัวเชื่อม ได้แก่ AND และ OR เช่น (amphetamine OR methamphetamine) AND (pregnancy OR pregnant women) AND (risk factors) โดยกำหนดช่วงเวลาของบทความที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2557–2567 และคัดเลือกเฉพาะบทความฉบับเต็มที่ตรงตามเกณฑ์การศึกษา เพื่อลดความเอนเอียงจากการตีพิมพ์ (publication bias) ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบรายการเอกสารอ้างอิงของบทความที่ผ่านเกณฑ์ร่วมด้วย

เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) บทความที่นำมาศึกษาต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นบทความวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอมเฟตามีนหรือเมทแอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์
2. เป็นบทความวิจัยเชิงปริมาณหรือการศึกษาเชิงระบาดวิทยาที่มีการรายงานปัจจัยเสี่ยง
3. เป็นบทความวิจัยฉบับเต็มที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการและสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ครบถ้วน
4. ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) บทความจะถูกคัดออกจากการศึกษา หากมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. บทความที่ไม่เกี่ยวข้องกับสตรีตั้งครรภ์
2. บทความที่ศึกษาเฉพาะผลกระทบของสารเสพติดโดยไม่ได้วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง
3. บทความประเภทบทบรรณาธิการ รายงานกรณีศึกษา หรือบทความทบทวนที่ไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์

กระบวนการคัดเลือกงานวิจัย

กระบวนการคัดเลือกบทความดำเนินการตามขั้นตอนของ PRISMA 2020 ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ Identification, Screening, Eligibility และ Included[1] จากการสืบค้นฐานข้อมูลวิชาการพบบทความที่เกี่ยวข้องจำนวน 168 เรื่อง หลังจากตรวจสอบบทความซ้ำและ

คัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ พบว่ามีบทความที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้นจำนวน 45 เรื่อง จากนั้นจึงทำการอ่านบทความฉบับเต็มเพื่อประเมินความสอดคล้องตามเกณฑ์ที่กำหนด จนได้บทความที่ผ่านเกณฑ์และนำมาสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวน 7 เรื่อง

การสกัดและวิเคราะห์ข้อมูล

บทความที่ผ่านเกณฑ์จะถูกสกัดข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์มที่ผู้วิจัยกำหนด เพื่อให้การรวบรวมข้อมูลเป็นระบบ โดยครอบคลุมข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ชื่อผู้เขียน (ปี) ประเทศ วัตถุประสงค์ ประชากรและขนาดตัวอย่าง วิธีการวิเคราะห์ การวัดผล และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์

ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยจัดกลุ่มปัจจัยเสี่ยงเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม และจิตสังคม และนำเสนอผลในรูปแบบการบรรยายร่วมกับตารางสรุป เพื่อแสดงภาพรวมของปัจจัยเสี่ยงจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บทความวิจัยและบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอมเฟตามีนใน สตรีตั้งครรภ์ จากฐานข้อมูลวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ PubMed, Scopus, ScienceDirect, Google Scholar และ ThaiJo

กลุ่มตัวอย่าง คือ บทความที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกตามที่กำหนด โดยใช้แนวทาง PRISMA 2020 จากการสืบค้นพบ 168 เรื่อง หลังคัดกรองบทความซ้ำและพิจารณาจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ เหลือ 45 เรื่อง และ เมื่อทบทวนฉบับเต็ม พบว่ามีบทความที่ผ่านเกณฑ์และนำมาวิเคราะห์จำนวน 7 เรื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลจากงานวิจัย ใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลจากบทความที่ผ่านการคัดเลือก โดยครอบคลุมข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ชื่อผู้เขียน (ปี) ประเทศ วัตถุประสงค์ ประชากรและขนาดตัวอย่าง วิธีการวิเคราะห์ การวัดผล และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ (2) แบบวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ใช้สำหรับจัดกลุ่มและวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงจากงานวิจัยที่คัดเลือกโดยจำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม และจิตสังคม เพื่อให้การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเป็นระบบ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

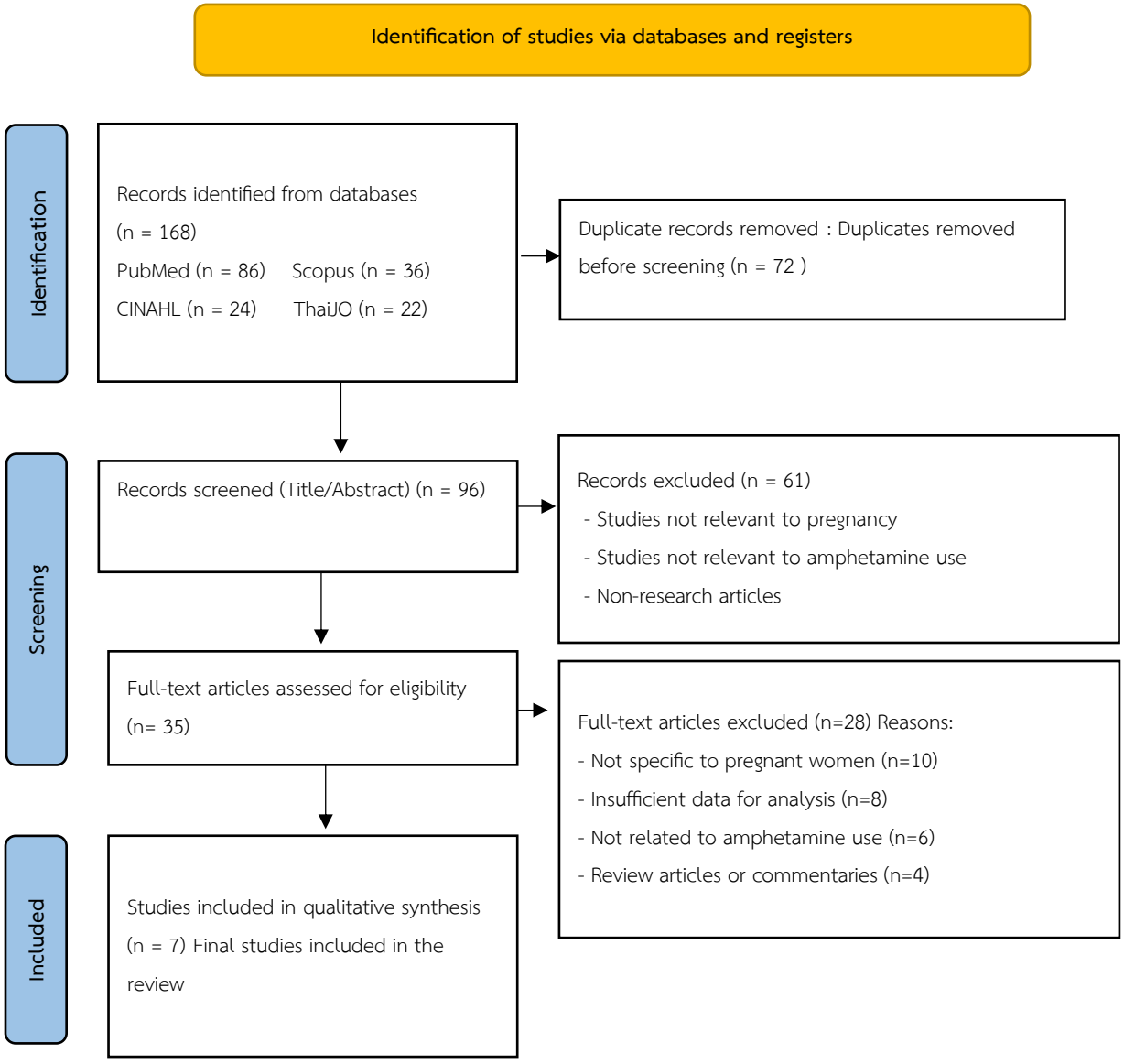
1. กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์
2. สืบค้นบทความจากฐานข้อมูลวิชาการ ได้แก่ PubMed, Scopus , ScienceDirect, Google Scholar และ ThaiJo
3. ตรวจสอบบทความที่ซ้ำกันจากฐานข้อมูลต่างๆ และทำการลบบทความซ้ำออก
4. คัดกรองบทความเบื้องต้นจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อเพื่อพิจารณาความเกี่ยวข้องกับประเด็นการศึกษา

5. อ่านและประเมินบทความฉบับเต็มเพื่อพิจารณาความสอดคล้องตามเกณฑ์การคัดเลือก

6. คัดเลือกบทความที่ผ่านเกณฑ์เพื่อนำมาสังเคราะห์ข้อมูล

7. บันทึกข้อมูลจากบทความที่ผ่านการคัดเลือกลงในแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

8. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อจัดกลุ่มปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์[4]



ภาพที่ 1 การคัดเลือกวรรณกรรมโดยใช้ PRISMA diagram 2020

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงจากงานวิจัย

ภายหลังการสกัดข้อมูลจากบทความที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 7 เรื่อง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการใช้ แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อจัดกลุ่มและเปรียบเทียบความสอดคล้องของข้อค้นพบจากแต่ละการศึกษาและระบุปัจจัยเสี่ยงที่ปรากฏซ้ำกัน

ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยเสี่ยงสามารถจำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม และจิตสังคม ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันในบริบทชีวิตของสตรีตั้งครรภ์

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประวัติการใช้สารเสพติด การใช้สารหลายชนิด อายุยังน้อย ระดับการศึกษาต่ำ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น การมีสมาชิกใช้สารเสพติด การขาดการสนับสนุน และความรุนแรงในครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ การอยู่ในชุมชนที่มีการแพร่ระบาดของสารเสพติด การมีเพื่อนใช้สารเสพติด และการเข้าถึงบริการสุขภาพจำกัด ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การตีตราทางสังคม และความกลัวต่อผลกระทบจากการเปิดเผยการใช้สารเสพติด

การจัดกลุ่มปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวช่วยให้เห็นภาพรวมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ แอมเฟตามีน ในสตรีตั้งครรภ์ในหลายมิติ ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงสำหรับใช้ในคลินิกฝากครรภ์ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และนำไปสู่การวางแผนการดูแลและการป้องกันที่เหมาะสมต่อไป

ตารางที่ 1 ตารางวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงของการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์

Authors (Year) Country	Objectives	Population and Sample Size	Design / Analysis	Measurements	Key Findings Related to Risk Factors
Chomchai et al., [5] Thailand	เพื่อศึกษาผลกระทบของการใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์ต่อทารกแรกเกิด	ทารกที่เกิดจากมารดาที่ใช้เมทแอมเฟตามีนที่โรงพยาบาลศิริราช	Retrospective study	เวชระเบียนมารดาและทารก	การใช้เมทแอมเฟตามีน ระหว่างตั้งครรภ์มีความ สัมพันธ์กับผลลัพธ์การคลอด เช่น ทารกน้ำหนักตัวน้อยภาวะ แทรกซ้อนหลังคลอด และ ปัญหาสุขภาพของทารก

ตารางที่ 1 ตารางวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงของการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ (ต่อ)

Authors (Year) Country	Objectives	Population and Sample Size	Design / Analysis	Measure ments	Key Findings Related to Risk Factors
Smith et al. [6] United States	เพื่อศึกษาผลของการได้รับเมทแอมเฟตามีน , สารเสพติด ในระหว่างตั้งครรภ์และความยากจนต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์	สตรีตั้งครรภ์และทารกที่ได้รับ เมทแอมเฟตามีน ก่อนคลอด	Prospective cohort study	ประเมินการได้รับเมทแอมเฟตามีน ,สารเสพติดก่อนคลอดและข้อมูลสตรีตั้งครรภ์และทารก	พบว่าความยากจนและประวัติการได้รับเมทแอมเฟตามีน ก่อนคลอดเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงของการใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์และส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์
LaGasse et al. [7] United States / New Zealand	เพื่อศึกษาผลของการได้รับเมทแอมเฟตามีนในระหว่างตั้งครรภ์ต่อระบบประสาทด้านพฤติกรรมของทารกแรกเกิด	ทารกที่ได้รับเมทแอมเฟตามีนก่อนคลอด	Multicenter cohort study	การประเมินระบบประสาทด้านพฤติกรรมของทารกแรกเกิด	การได้รับเมทแอมเฟตามีน ก่อนคลอดมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบประสาทด้านพฤติกรรม
Stone [9] United States	เพื่อศึกษาประสบการณ์ความกลัว และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของสตรี	สตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด	Qualitative study	การสัมภาษณ์เชิงลึก	การตีตราทางสังคม ความกลัวการถูกตัดสิน และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่

ตารางที่ 1 ตารางวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงของการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ (ต่อ)

Authors (Year) Country	Objectives	Population and Sample Size	Design / Analysis	Measure ments	Key Findings Related to Risk Factors
	ตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด				สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดระห ว่างตั้งครรภ์
Zhang et al. [10] International	เพื่อทบทวนผลกระทบของการได้รับเมทแอมเฟตามีนในระหว่างตั้งครรภ์ ต่อผลลัพธ์การคลอด โครงสร้างสมอง และพัฒนาการของเด็ก	งานวิจัยเกี่ยวกับการได้รับเมทแอมเฟตามีนก่อนคลอด	Review study	การทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยหลายแหล่ง	การได้รับเมทแอมเฟตามีนก่อนคลอดสัมพันธ์กับผลลัพธ์การคลอดที่ไม่พึงประสงค์ ความผิดปกติของสมอง และปัญหาพัฒนาการในระยะยาว
อดิศักดิ์ ไวเขตการณ์ [11] Thailand	เพื่อศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกที่ใช้แอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์	สตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารแอมเฟตามีน	Analytical study	การเก็บข้อมูลทางคลินิกและผลลัพธ์การตั้งครรภ์	การใช้แอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก จึงมีที่จะต้องทำการคัดกรองสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

ตารางที่ 1 ตารางวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงของการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ (ต่อ)

Authors (Year) Country	Objectives	Population and Sample Size	Design / Analysis	Measurements	Key Findings Related to Risk Factors
ศุภสิทธิ์ สุขี [12] Thailand	เพื่อพัฒนาเครื่องมือคัดกรองการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์	สตรีตั้งครรภ์ในระบบบริการสุขภาพ	Research and development	แบบคัดกรองและการประเมินเครื่องมือ	การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองช่วยระบุกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้แอมเฟตามีน ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

หมายเหตุ งานวิจัยบางฉบับไม่ได้มุ่งศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์โดยตรง แต่ถูกนำมาใช้เพื่อประกอบการตีความบริบทของการใช้สารเสพติด ผลกระทบที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนการสังเคราะห์องค์ความรู้สำหรับการพัฒนาแนวคิดของแบบคัดกรอง โดยไม่ได้ใช้เป็นหลักฐานหลักในการสรุปปัจจัยเสี่ยง

จากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 7 เรื่อง พบว่างานวิจัยครอบคลุมทั้งในประเทศและต่างประเทศ และมีรูปแบบการศึกษาที่หลากหลาย ได้แก่ การวิจัยย้อนหลัง การวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงวิเคราะห์ และการวิจัยและพัฒนา โดยหลักฐานที่นำมาสังเคราะห์ประกอบด้วยทั้งงานที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงโดยตรงและงานที่สะท้อนบริบทของการใช้สารระหว่างตั้งครรภ์ ผลการสังเคราะห์แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์สามารถจัดกลุ่มได้เป็น 4 มิติ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านจิตสังคม ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันและส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้แอมฟตามีนในระหว่างตั้งครรภ์

ตารางที่ 2 การจัดกลุ่มปัจจัยเสี่ยงของการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์

ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยงที่พบ	งานวิจัยสนับสนุน
ปัจจัยส่วนบุคคล	ประวัติการใช้สารเสพติดก่อนตั้งครรภ์, การใช้สารหลายชนิด, อายุค่อนข้างน้อย, ระดับการศึกษาต่ำ, พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ	Chomchai et al.[5]; Smith et al.[6]; LaGasse et al.[7]; Zhang et al.[10]; ศุภสิทธิ์ สุขี[12]

ตารางที่ 2 การจัดกลุ่มปัจจัยเสี่ยงของการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์

ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยงที่พบ	งานวิจัยสนับสนุน
ปัจจัยด้านครอบครัว	คู่ครองหรือสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด, การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว, ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่เหมาะสม, ความรุนแรงในครอบครัว	Stone[9]; อดิศักดิ์ ไวเขตการณ์[11]; ศุภสิทธิ์ สุขี[12]
ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	ความยากจน, สถานะทางเศรษฐกิจต่ำ, การอยู่ ในชุมชนที่เข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย, การมีเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดใช้สารเสพติด, การเข้าถึงบริการสุขภาพจำกัด	Smith et al.[6]; Stone[9]; Zhang et al.[10]; อดิศักดิ์ ไวเขตการณ์[11]; ศุภสิทธิ์ สุขี[12]
ปัจจัยด้านจิตสังคม	ความเครียด, ภาวะซึมเศร้า, ความวิตกกังวล, การตีตราทางสังคม, ความกลัวผลทางกฎหมาย, ปัญหาสุขภาพจิต	Stone[9]; Zhang et al.[10]; ศุภสิทธิ์ สุขี[12]

ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยเสี่ยงของการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์สามารถจัดกลุ่มได้เป็น 4 มิติหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านจิตสังคม โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่พบในหลายการศึกษา คือ ประวัติการใช้สารเสพติดก่อนตั้งครรภ์และการใช้สารหลายชนิด ขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมสะท้อนอิทธิพลของบริบทแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงสารเสพติด ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงกดดันทางอารมณ์และการเผชิญปัญหาของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งล้วนมีความเชื่อมโยงกันและอาจส่งผลร่วมกันต่อพฤติกรรมการใช้แอมเฟตามีนในระหว่างตั้งครรภ์

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์จากงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 7 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องสามารถจำแนกได้เป็น 4 มิติหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านจิตสังคม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการใช้แอมเฟตามีนในระหว่างตั้งครรภ์มีสะท้อนให้เห็นว่าการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยหลายด้าน

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่ปรากฏในหลายการศึกษา โดยเฉพาะประวัติ การใช้สารเสพติดก่อนการ

ตั้งครรภ์และการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประวัติการใช้สารก่อนตั้งครรภ์และการใช้สารหลายชนิดร่วมกัน อาจเพิ่มโอกาสในการใช้แอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith et al.[6] นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านอายุและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด โดยสตรีตั้งครรภ์ ที่มีอายุน้อยหรือมีระดับการศึกษาต่ำมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่น

ปัจจัยด้านครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าการมีสมาชิกในครอบครัวหรือคู่ครองที่ใช้สารเสพติด รวมทั้ง การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ ปัจจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของสภาพแวดล้อมในครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ ทางสังคมที่ระบุว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ นอกจากนี้ การเผชิญกับความรุนแรงในครอบครัวยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในสตรีตั้งครรภ์

ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำและความยากจน การอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีการแพร่ระบาดของสารเสพติด รวมถึงการมีเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดที่ใช้ สารเสพติดปัจจัยเหล่านี้สะท้อนถึงอิทธิพลของบริบททางสังคมต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับที่พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด ในกลุ่มประชากรที่เปราะบาง นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำกัดยังอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดไม่ได้รับการคัดกรองหรือการดูแลที่เหมาะสม

ปัจจัยจิตสังคม ผลการศึกษาพบว่าความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการตีตราทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ ปัจจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของ สภาวะทางอารมณ์และจิตใจต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่เผชิญกับแรงกดดันทางสังคมหรือปัญหาชีวิต นอกจากนี้ ความกลัวต่อผลกระทบทางกฎหมายหรือการถูกตีตราจากสังคมอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์หลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการฝากครรภ์หรือไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของการคัดกรองและการดูแลรักษา

ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองสำหรับคลินิกฝากครรภ์ โดยปัจจัยที่พบร่วมกันในหลายการศึกษา เช่น ประวัติการใช้สารเสพติด การสนับสนุนจากครอบครัวสภาพเศรษฐกิจและภาวะทางจิตสังคม อาจนำไปใช้เป็นองค์ประกอบเบื้องต้นในการพัฒนาแบบคัดกรองและกำหนดแนวทางเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายมิติ ทั้งด้าน

บุคคล ครอบครัว สังคม และจิตสังคม ดังนั้น การพัฒนาแนวทางและเครื่องมือคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการใช้แอมเฟตามีนควรพิจารณาปัจจัยเสี่ยงอย่างครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และจิตสังคม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการค้นหากลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และการวางแผนดูแลเชิงป้องกันที่เหมาะสมในระบบบริการฝากครรภ์

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมจากบทความวิจัยที่เผยแพร่ในฐานข้อมูลวิชาการที่กำหนดไว้ได้แก่ PubMed,Scopus,ScienceDirect, Google Scholar และ ThaiJo ดังนั้นจึงอาจมีข้อจำกัดในด้านการเข้าถึงงานวิจัยบางฉบับที่ไม่ได้ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลดังกล่าว หรือเป็นบทความที่ไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้ นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้รวมเอกสารประเภท Grey Literature อย่างเป็นระบบ จึงอาจทำให้เกิดความเอนเอียงจากการตีพิมพ์

อีกทั้ง งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์มีความแตกต่างกันในหลายด้าน เช่น รูปแบบการศึกษา ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และบริบทของพื้นที่ศึกษา ซึ่งอาจส่งผลให้ข้อค้นพบยังไม่ครอบคลุมหลักฐานทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงของการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ได้รวบรวมและสังเคราะห์องค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแบบคัดกรองสำหรับการนำไปใช้ในคลินิกฝากครรภ์ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรนำปัจจัยเสี่ยงที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแบบคัดกรองสำหรับใช้ในคลินิกฝากครรภ์ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการใช้แอมเฟตามีนได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

2. ควรส่งเสริมการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางจิตสังคมแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสการใช้แอมเฟตามีนในระหว่างตั้งครรภ์

3. ควรพัฒนาระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการใช้แอมเฟตามีนในลักษณะบูรณาการโดยประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรนำองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมไปใช้ในการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองปัจจัยเสี่ยง และประเมินประสิทธิภาพของเครื่องมือดังกล่าวในการคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการใช้แอมเฟตามีน

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้แอมเฟตามีน ในสตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย

3. ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลและการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงเพื่อช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ประจำสาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้กรุณา ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะทางวิชาการอันทรงคุณค่าตลอดกระบวนการศึกษา ตั้งแต่การกำหนดประเด็นปัญหา การทบทวนวรรณกรรม การเรียบเรียงเนื้อหาทางวิชาการ ตลอดจนการปรับปรุงต้นฉบับให้มีความสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบความเหมาะสมของประเด็นเนื้อหาให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการใช้แอมเฟตามีนในสตรีตั้งครรภ์ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อ การวิเคราะห์องค์ความรู้เพื่อนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาแบบคัดกรองสำหรับคลินิกฝากครรภ์

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้สนับสนุนทรัพยากรทางวิชาการ แหล่งค้นคว้าข้อมูล และสิ่งเอื้ออำนวยต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าของผลงานวิชาการ นักวิจัย และหน่วยงานทางวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ได้เผยแพร่องค์ความรู้ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการทบทวนและวิเคราะห์วรรณกรรมในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และผู้มีส่วนสนับสนุนทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ ความช่วยเหลือ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการศึกษา คุณค่าและประโยชน์ใดๆ ที่เกิดจากบทความวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลสตรีตั้งครรภ์ และการป้องกันปัญหาการใช้แอมเฟตามีนในระยะตั้งครรภ์ เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมารดาและทารกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2023. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2023.
2. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2024. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2024.
3. World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2014.
4. World Health Organization. Global status report on alcohol and drug use 2024. Geneva: World Health Organization; 2024.
5. Chomchai C, Na Manorom N, Watanarungsan P, Yossuck P, Chomchai S. Methamphetamine abuse during pregnancy and its health impact on neonates born at Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand. Southeast Asian J

Trop Med Public Health. 2004;35(1):228-31.

6. Smith LM, LaGasse LL, Derauf C, Grant P, Shah R, Arria A, et al. The Infant Development, Environment, and Lifestyle study: effects of prenatal methamphetamine exposure, polydrug exposure, and poverty on intrauterine growth. Pediatrics. 2006;118(3):1149-56.
7. LaGasse LL, Wouldes T, Newman E, Smith LM, Shah RZ, Derauf C, et al. Prenatal methamphetamine exposure and neonatal neurobehavioral outcome in the USA and New Zealand. Neurotoxicol Teratol. 2011;33(1):166-75.
8. นงลักษณ์ คำสวาสดิ์. รูปแบบการให้บริการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อมารดาหลังคลอดและครอบครัว: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2567;16(3):16-28.
9. Z Stone R. Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. Health Justice. 2015;3:2.
10. hang Y, Gong F, Liu P, He Y, Wang H. Effects of prenatal methamphetamine exposure on birth outcomes, brain structure, and neurodevelopmental outcomes. Front Neurosci. 2021; 15:715176.
11. อดิศักดิ์ ไวเขตการณ์. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18(2):105-12.
12. ศุภสิทธิ์ สุขี. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2567;6(4):e272402.

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต่อความรู้และวิตกกังวลของผู้ป่วย ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศรันยา ดวงเดือน[1],ลินดา จันทร์วิเศษ[2*],วิมลพร ธีระวัฒนานันท์[3]
ธนาพร ปางลีลาศ[4] ,รัชนิดา เบ้าบุญ[5]

(วันที่รับบทความ: 17 มีนาคม 2569, วันที่แก้ไข: 12 พฤษภาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 15 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่วางแผนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและ ทีมผู้ให้บริการ ช่วงเดือน มกราคม - มีนาคม 2569 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 102 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 51 คน และกลุ่มทดลอง 51 คน และผู้ให้บริการทั้งหมด 10 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการผ่าตัด แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการ เครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.0 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 ,0.81 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ t-test และ p-value

ผลการศึกษาพบว่า 1).กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2).คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันและคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลอง ของทั้งสองกลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 3).กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายหลังการได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นการให้โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสามารถเพิ่มความรู้และลดคะแนนความวิตกกังวลได้ดีกว่าการให้การพยาบาลตามปกติ

คำสำคัญ: การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด, ความรู้ก่อนผ่าตัด, ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

[1,3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, [2,4,5] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

[1-5]ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding author: ลินดา จันทร์วิเศษ email: lindch@kku.ac.th

The outcomes of preparation program for open-heart surgery patients on their knowledge and anxiety at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Khonkaen University.

Saranya Duangdeun[1], Linda Chanwises[2*], Wimolporn Teerawattananant[3]
Thanaporn Pangleelas[4], Ratchanida Baobun[5]

(Received: 17th March 2026, Revised: 12th May 2026, Accepted: 15th June 2026)

Abstract

This research is a quasi-experimental study aiming to investigate the effect of the pre-operative open-heart surgery preparation program at the Sirikit Northeastern Heart Center, Khon Kaen University. The population consisted of cardiovascular patients planning open-heart surgery and their healthcare teams during January-March 2026. The total sample size was 102 people, divided into a control group of 51 people and an experimental group of 51 people, along with 10 healthcare providers. The sample was selected using purposive sampling based on predefined criteria. The control group received standard nursing care, while the experimental group received the pre-operative open-heart surgery preparation program. Data collection instruments included a personal information questionnaire, a pre-operative self-care knowledge questionnaire, Spielberger's anxiety questionnaire, and a healthcare provider satisfaction questionnaire. Content validity index (CVI) were 1.0 and reliability were 0.81, 0.81, and 0.93 Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, and p-value.

The results showed that... 1) The experimental group receiving the pre-operative open-heart surgery preparation program had a significantly higher mean knowledge score than the control group at the .05 statistical significance level. 2) The mean anxiety scores before the intervention differed significantly between the two groups, and the mean anxiety scores after the intervention decreased significantly between the two groups at the .05 statistical significance level. 3) The experimental group had a significantly lower mean anxiety score after receiving the program than the control group at the .05 statistical significance level. Therefore, providing a pre-operative open-heart surgery preparation program can improve knowledge and reduce anxiety scores more effectively than standard nursing care.

Keyword: Open-heart surgery, Pre-operative knowledge, Pre-operative anxiety

---

[1,3]Registered Nurse (Professional Level), [2,4,5]Registered Nurse (Practitioner Level)

[1-5]Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

*Corresponding author: Linda Chanwises email: lindch@kku.ac.th

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรไทยมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคหัวใจและเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหัวใจมากขึ้น สถิติการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556,2557, 2558 มีจำนวน 11,248, 11,941, 11,983 รายตามลำดับ การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นการผ่าตัดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคลิ้นหัวใจ และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เปลี่ยนหรือซ่อมแซมลิ้นหัวใจและปิดรูรั่วผนังกั้นหัวใจทั้งห้องบนและห้องล่าง ที่มีการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมทำหน้าที่แทนปอดและหัวใจในระหว่างการผ่าตัด เพื่อที่จะสามารถแก้ไขความผิดปกติได้อย่างชัดเจน และมีการใช้เทคนิคการลดอุณหภูมิขณะทำการ การทำให้หัวใจหยุดเต้น และการทำให้เลือดเจือจาง เพื่อป้องกันไม่ให้อวัยวะได้รับอันตรายจากการผ่าตัด[1] ซึ่งการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นหัตถการที่มีความยุ่งยากซับซ้อนต้องทำให้หัวใจของผู้ป่วยหยุดเต้นชั่วคราวเพื่อให้ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดอย่างสะดวก โดยมีการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเป็นระบบไหลเวียนโลหิตภายนอกร่างกาย (cardiopulmonary bypass) เพื่อทำหน้าที่แทนการทำงานของหัวใจและปอดของผู้ป่วยชั่วคราว ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการผ่าตัด อัตราการเสียชีวิตในระหว่างและหลังผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 5-10 อัตราการครองเตียงนาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องรอการผ่าตัด เมื่อรอนานทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้มากขึ้น เช่น ภาวะเลือดออกหัวใจเต้นผิดจังหวะ รวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ [2] การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและลดผลกระทบหรือการรับรู้ข้อมูลแบบผิด ๆ ทำให้เกิดความมั่นใจ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด[3] ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวัน ออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ให้บริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มาตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2535 มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในปีพุทธศักราช 2565-2567 จำนวน 2160 ราย ถึงแม้จะมีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นจำนวนมาก แต่ยังพบอุบัติการณ์การเสียชีวิตระหว่างรอการผ่าตัด ร้อยละ 2.05 อุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดเนื่องจากการเตรียมตัวไม่พร้อม ร้อยละ 22.45[4]สอดคล้องกับการศึกษาของศิราณี คำอูและคณะ[2] ที่พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ทำหน้าที่เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ร่วมวางแผนการผ่าตัด วางแผนจำหน่าย ติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ประสานการดูแลต่อเนื่องร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลขอนแก่น ผลลัพธ์การใช้รูปแบบ พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจาก 80.62 เป็น 92.79 อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมลดลงจากร้อยละ 17.83 เป็น 2.62 อัตราการเสียชีวิตขณะรอผ่าตัดลดลงจากร้อยละ

6.95 เป็น 1.79 ระยะวันนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย ลดลงจาก 18 วันเป็น 13 วัน จากการทบทวนอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด ประกอบกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัวที่มารับคิวผ่าตัด ในปีพุทธศักราช 2568 จำนวน 30 ราย พบว่า ร้อยละ 13.33 ผู้ป่วยที่รอผ่าตัดปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดไม่ถูกต้องเนื่องจากไม่เข้าใจรายละเอียดการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ร้อยละ 10 บอกว่าแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดไม่มีความชัดเจน บางเรื่องฟังแล้วไม่เข้าใจ ร้อยละ 6.66 วางแผนการดูแลตนเองก่อนการผ่าตัดไม่ได้ และร้อยละ 53.33 บอกว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความกลัวและวิตกกังวลมากเกี่ยวกับการผ่าตัด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค ชนิดของโรค ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าโรคนั้นรุนแรงมากมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่รับรู้ว่ามีความรุนแรงน้อยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด[5] อีกทั้งการเตรียมความพร้อมที่ไม่ถูกต้องส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเลื่อนการผ่าตัด รอผ่าตัดนานขึ้น ทำให้การดำเนินโรคหรือมีภาวะ แทรกซ้อนเพิ่มขึ้นได้ เมื่อรอผ่าตัดนาน ทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้มากขึ้น เช่น ภาวะเลือดออก หัวใจ เต้นผิดจังหวะ รวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลว[6] และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของโรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลทรวงอกได้มีการศึกษาพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยมีการสร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดรวมไปถึงการวางแผนจำหน่ายโดยใช้การดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ทางโรงพยาบาลได้นำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ยังพบปัญหาอุปสรรคในการทำงาน คือการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ยังขาดการเชื่อมโยงกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ ข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความคลาดเคลื่อน ไม่ครบถ้วน ขาดการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลเครือข่ายหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เนื่องจากบริบทของผู้ป่วยที่ให้บริการผ่าตัดหัวใจมีความแตกต่างกันและรูปแบบการทำงานบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่มีแตกต่างกัน แนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ผู้วิจัยคิดว่าดี ควรจะเป็นการให้ข้อมูลของทีมสหสาขาวิชาชีพในทิศทางเดียวกัน พยาบาลร่วมวางแผนและดำเนิน การให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งต่อข้อมูลความร่วมมือให้โรงพยาบาลเครือข่ายอย่างเป็นระบบและการติดตามผู้ป่วยเพื่อประเมินความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นระยะ แต่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ ยังไม่มีโปรแกรมที่บูรณาการทีมสหสาขา และยังไม่มีการศึกษาผลต่อความรู้และความวิตกกังวลในบริบทศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและประเมินผลการใช้โปรแกรมดังกล่าว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1.ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จะมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม

2.ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จะมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาการให้ข้อมูลตรียมความพร้อม (Preparatory information) โดยประยุกต์จากทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ Leventhal & Johnson 1983 ซึ่งพบว่า ทฤษฎีดังกล่าวมีความเหมาะสมในการนำมาพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดได้ โดยทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึงการสร้างแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ การได้รับความรู้และประสบการณ์ที่ตรงและถูกต้องตามสภาพจริง เกิดการเผชิญและการจัดการได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น และลดความวิตกกังวลได้[7]

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผู้ป่วยและรับใบนัดหมายผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 3 แจ้งวัตถุประสงค์การสอน

ขั้นตอนที่ 4 การสอนการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

- ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ หรือข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของขั้นตอนการตรวจรักษา(Procedural Information)
- ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (Sensory Information)
- การให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral Information)
- การให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด (Coping information)

ขั้นตอนที่ 5 การส่งต่อข้อมูล

ขั้นตอนที่ 6 การให้คำปรึกษาและติดตามเยี่ยมประเมินผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด ครั้งที่ 1

ขั้นตอนที่ 7 การให้คำปรึกษาและติดตามเยี่ยมประเมินผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด ครั้งที่ 2

ขั้นตอนที่ 8 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะนอนโรงพยาบาลก่อนถึงวันผ่าตัด ล่วงหน้า 2 วัน เพื่อเตรียมความพร้อมที่โรงพยาบาล

→

ตัวแปรตาม

1.ความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการผ่าตัด

2.ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory : From X-I)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะก่อนการผ่าตัดที่วางแผนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ นักโภชนากร ตั้งแต่หลังได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ ช่วงเวลา 1 มกราคม 2569 ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2569

ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistic Power Table) ด้วยการกำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ α = .05 ขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .50 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มาพบศัลยแพทย์ในวันจันทร์ถึงพฤหัสบดี ในเวลาราชการ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 102 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 51 คน และกลุ่มทดลอง 51 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยที่วางแผนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด แบบวางแผนล่วงหน้า (elective surgery) ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยมีอายุ 18 - 75 ปี ยินยอม เข้าร่วมโครงการ และสามารถพูด อ่าน เขียน สื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยในกลุ่มผ่าตัดคิวเร็ว ผ่าตัดด่วนหรือผ่าตัดฉุกเฉิน

เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal criteria)

ขอออกจากโครงการวิจัย/ ขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย เสียชีวิตก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยที่วางแผนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแผนการผ่าตัดหรือเพิ่มการผ่าตัดโดยที่ไม่ทราบล่วงหน้าหรือไม่ได้เตรียมผู้ป่วยล่วงหน้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบ ด้วย แนวปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในรูปแบบใหม่ เอกสารคู่มือและสื่อประกอบเป็นภาพสไลด์

2.เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการผ่าตัด จำนวน 15 ข้อ แบบวัดให้เลือกถูก ผิด

ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 15 คะแนน นำค่าความรู้มาแบ่งระดับ คือ ระดับต่ำ คือ ค่าคะแนนระหว่าง 0-5 คะแนน ระดับปานกลาง คือ ค่าคะแนน 6 - 10 คะแนน ระดับสูง คือ ค่าคะแนน 11 - 15 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) ของ Spielberger 1976[8] ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Nontasak,Iamsupasit &Thapinta 1991 นำมาแปลเป็นภาษาไทย จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อเป็นข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ข้อคำถามด้านบวกให้ 4 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย 3 คะแนน หมายถึง มีบ้าง 2คะแนน หมายถึง ค่อนข้างมาก 1 คะแนน หมายถึง มากที่สุด และข้อคำถามด้านลบให้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย 2 คะแนน หมายถึง มีบ้าง 3 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างมาก 4 คะแนน หมายถึง มากที่สุดพิสัยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน การแปลผลคะแนนรวม อ้างอิงของ หยาดพิรุณ กุณโฮง[1] แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 20-40 หมายถึง มีความวิตกกังวลเล็กน้อย คะแนน 41-60 หมายถึง มีความวิตกกังวลปานกลาง คะแนน 61-70 หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง คะแนน 71-80 หมายถึง มีความวิตกกังวลรุนแรง

แบบสอบถามสำหรับผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ วิชาชีพ ประสบการณ์ในการทำงานที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ดังนี้ 1.แนวปฏิบัติมีรายละเอียดเนื้อหาที่ครอบคลุม 2.รายละเอียดขั้นตอนสามารถเข้าใจได้ง่าย 3. แนวปฏิบัติมีความสอดคล้องกับบริบทการให้บริการ 4.แนวปฏิบัติมีความทันสมัยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ 5.แนวปฏิบัติสามารถนำสู่การปฏิบัติได้ง่าย 6.แนวปฏิบัติสามารถนำมาใช้งานได้จริง 7.ความชัดเจนในการประสานงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ 8. ข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความชัดเจนและครบถ้วน 9.การมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลเครือข่ายหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน 10.แนวทางการพยาบาลทางคลินิกทำให้การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดมีประสิทธิผลที่ดีขึ้น เกณฑ์การให้คะแนน มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยเล็กน้อย และไม่เห็นด้วย

การตรวจสอบคุณภาพ

1.โปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ได้ความตรงตามเนื้อหา 0.83

2.แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่าความยากง่าย 0.62 ความตรงตามเนื้อหา 1.00 ค่าความเชื่อมั่น (KR20)=0.81

3.แบบประเมินความวิตกกังวลของใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) ของ Spielberger 1976 หาความเชื่อมั่นภายหลังการผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามความวิตกกังวลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) 0.81

4.แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ได้ความตรงตามเนื้อหา 1.0 ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับคำแนะนำ โดยใช้สถิติ dependent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) เลขที่ HE681489 วันที่ 26 ธันวาคม 2568

ผลการศึกษา จากการวิจัยพบผลศึกษาดังนี้

1.ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและผู้ให้บริการ ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=51)		กลุ่มทดลอง(n=51)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	22	43.13	25	49.02
หญิง	29	56.87	26	50.98
อายุ (ปี)	$\overline{X}$ = 60.35		$\overline{X}$ = 59.33	
	SD = 12.20		SD = 11.01	

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=51)		กลุ่มทดลอง(n=51)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
โสด	8	15.69	4	7.84
คู่	36	70.59	39	76.47
หม้าย	6	11.76	6	11.77
หย่าร้าง	1	1.96	2	3.92
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	27	52.94	16	31.37
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	10	19.61	15	29.41
ปริญญาตรี	11	21.57	19	37.26
สูงกว่าปริญญาตรี	3	5.88	1	1.96
อาชีพ				
เกษตรกร	24	47.06	16	31.37
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	19.61	11	21.57
ค้าขาย	0	0	8	15.69
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	7	13.72	6	11.77
รับจ้างทั่วไป	1	1.96	6	11.77
ไม่ได้ทำงาน	9	17.65	4	7.83
รายได้ต่อเดือน				
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	17	33.33	9	17.65
5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน	17	33.33	10	19.61
10,000 – 20,000 บาทต่อเดือน	4	7.84	12	23.53
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	13	25.50	20	39.21
โรคประจำตัวอื่น(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
เบาหวาน	11	21.57	12	23.53
ความดันโลหิตสูง	21	41.18	22	43.14

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=51)		กลุ่มทดลอง(n=51)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคไต	3	5.88	5	9.80
โรคหลอดเลือดสมอง	1	1.96	3	5.88
ไขมันในเลือดสูง	6	11.77	14	27.45
โรคเก๊าท์	16	31.37	16	31.37
โรคปอด	1	1.96	1	1.96
โรคอื่น ๆ	8	15.69	3	5.88

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 56.87 อายุของผู้ป่วย ($\overline{X}$=60.35 , SD = 12.20) สถานภาพคู่ ร้อยละ70.59 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 52.94 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.06 มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 33.33 และ 5,000 -10,000 บาท ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.18 และโรคเก๊าท์ ร้อยละ 31.37

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 50.98 อายุของผู้ป่วย ($\overline{X}$ = 59.33 , SD = 11.01) สถานภาพคู่ ร้อยละ76.47 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 37.26 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 31.37 มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 39.21 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.14 และโรคเก๊าท์ ร้อยละ 31.37

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ อายุ เพศ วิชาชีพ ประสบการณ์ในการทำงาน ของผู้ให้บริการ (n=10)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	30.0
หญิง	7	70.0
อายุ (ปี)	$\overline{X}$ = 40.50	SD = 4.10
วิชาชีพ		
แพทย์	2	20.0

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ อายุ เพศ วิชาชีพ ประสบการณ์ในการทำงาน ของผู้ให้บริการ (n=10) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
พยาบาล	5	50.0
กายภาพบำบัด	1	10.0
นักโภชนากร	2	20.0
ประสบการณ์ในการทำงาน	$\overline{X}$ = 14.50 SD = 2.50	

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 40 ปี 6 เดือน (SD=4.10) เป็นวิชาชีพพยาบาล ร้อยละ 50 มีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 14 ปี 6 เดือน (SD=2.50)

2.ความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการผ่าตัด ผลการศึกษา ดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการผ่าตัด ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test (n1=n2=51)

ความรู้	$\overline{X}$	SD	df	t	p
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	10.98	1.59	50	-8.148	0.001*
หลังการทดลอง	12.55	0.90	50		
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	11.23	0.97	50	-24.17	0.001*
หลังการทดลอง	14.29	0.81	50		

จากตารางที่ 3 พบว่า พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก็สามารถเพิ่มความรู้ให้แก่ผู้ป่วยได้

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการทดลอง ($\overline{X}$=11.23 , SD=0.97) และหลังการทดลอง ($\overline{X}$=14.29 , SD = 0.81) ซึ่งสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสามารถเพิ่มคะแนนความรู้ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการผ่าตัด ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test (n1=n2=51)

ความรู้	$\bar{X}$	SD	df	t	p
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	10.98	1.59	50	-0.959	0.34
กลุ่มทดลอง	11.23	0.97	50		
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	12.55	0.90	50	-10.262	<0.001*
กลุ่มทดลอง	14.29	0.81	50		

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการผ่าตัด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง คะแนนความรู้เฉลี่ยในการดูแลตนเองก่อนการผ่าตัด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 หมายความว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) ก่อนการผ่าตัด ผลการศึกษา ดังตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test (n1=n2=51)

ความวิตกกังวล	$\bar{X}$	SD	df	t	p
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	34.86	9.76	50	6.581	<0.001*
หลังการทดลอง	30.25	7.87	50		

ตารางที่ 5 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test (n1=n2=51) (ต่อ)

ความวิตกกังวล	$\bar{X}$	SD	df	t	p
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	39.92	6.13	50	19.695	<0.001*
หลังการทดลอง	27.41	5.26	50		

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก็สามารถลดความวิตก กังวลได้

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลอง 27.41 หมายความว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสามารถลดคะแนนความวิตกกังวลได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Mixed Design ANOVA (n1=n2=51)

ความวิตกกังวล	$\bar{X}$	SD	df	F	p
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	34.86	9.76	50	2540.94	<0.001*
กลุ่มทดลอง	39.92	6.13	50		
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	30.25	7.87	50	2560.86	<0.001*
กลุ่มทดลอง	27.41	5.26	50		

จากตารางที่ 6 พบว่าก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mixed Design ANOVA พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มควบคุม 30.25 สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลกลุ่มทดลอง 27.41 หมายความว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสามารถลดคะแนนความวิตกกังวลได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4.ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ผลการศึกษา ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการใช้โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (n=10)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	ร้อยละ
ภาพรวมความพึงพอใจ	4.91	1.43	98.20

จากตารางที่ 7 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด คิดเป็นร้อยละ 98.20 ($\bar{X}$=4.91 ,SD=1.43)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต่อความรู้และวิตกกังวลของผู้ป่วย ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองในกลุ่มควบคุม 12.55 ส่วนกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลอง 14.29 หมายความว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสามารถเพิ่มคะแนนความรู้ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญสถิติ .05 เนื่องจากการให้การพยาบาลตามปกติก็สามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดได้ และพบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Navarro García et al.[9] ที่พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่ามีความวิตกกังวลต่ำกว่า

ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากการมีประสบการณ์มากกว่าทำให้การเผชิญปัญหาได้ดีกว่า มีการแก้ไขปัญหาโดยการใช้เหตุผลและประสบการณ์การในการแก้ไขปัญหาได้ดีกว่าส่งผลให้มีระดับความวิตกกังวลต่ำ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม 30.25 สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง 27.41 หมายความว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสามารถลดคะแนนความวิตกกังวลได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ หยาดพิรุณ กุณโฮง[1] ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของสมจิตต์ จันทร์กูล[10] ศึกษาผลของการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจด้วยสื่อวิดีทัศน์ต่อระดับความวิตกกังวล พบว่าหลังการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจด้วยวิดีทัศน์ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการสอนด้วยวิดีทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากข้อมูลพื้นฐานพบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีผลทำให้คะแนนความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มทดลองได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Fathi และคณะ[11] พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น (F = 6.34, p 0.001) เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการใช้สติปัญญา มีความสามารถในการหาความรู้ทำให้มีความเข้าใจกับเรื่องที่เผชิญได้ดีและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งถัดไป เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและหน่วยงานรวมถึงโรงพยาบาล หน่วยงานที่ให้บริการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจ ควรนำข้อมูลจากการศึกษามาปรับปรุงโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดให้สอดคล้องกับบริบทการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อลดความวิตกกังวล

เอกสารอ้างอิง

1. หยาดพิรุณ กุณโฮง. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
2. ศิราณี คำอู, กาญจนา วิเชียร. การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(3):477-87.
3. พัชรี จิตเอื้ออังกูร, นภาพร วาณิชย์กุล, สุพร สุนัยดุษฎีกุล, ธรีพงศ์ โตเจริญโชค. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 6-18 สัปดาห์. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2560;35(3):106-19.
4. ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ฐานข้อมูลทางเวชระเบียนและสถิติ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2568].

5. อกนิษฐ์ เลศักดิ์. การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
6. Doering LV, McGuire AW, Rourke D. Recovering from cardiac surgery: what patients want you to know. Am J Crit Care [Internet]. 2002 [cited 2015 Dec 12];11(4):333-43. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1016/j.ejcnurse.2010.09.004
7. Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field experiment of a theory self-regulation. In: Wooldridge PT, editor. Behavioral science and nursing theory. St. Louis: CV Mosby; 1983. p. 189-262.
8. Spielberger CD. The nature and measurement of anxiety. In: Spielberger CD, Diaz-Guerrero R, editors. Cross-cultural anxiety. Washington: Hemisphere; 1976. p. 3-12.
9. Navarro García MA, Marín-Fernández B, Carlos-Alegre VD, Martínez-Oroz A, Martorell-Gurucharri A, Ordoñez-Ortigoza E, et al. Preoperative mood disorders in patients undergoing cardiac surgery: risk factors and postoperative morbidity in the intensive care unit. Rev Esp Cardiol. 2011;64(11):1005-10.
10. สมจิตต์ จันทร์กูล. ผลของการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจด้วยสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและระดับความวิตกกังวล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2558;25(1):157-66.
11. Fathi, M., Alavi, S. M., Joudi, M., Joudi, M., Mahdikhani, H., Ferasatkish, R., ... JabbariNooghabi, M. (2014). Preoperative anxiety in candidates for heart surgery. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences, 8(2),90–6

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์กลุ่มวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรม : การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ

วรารัตน์ เหล่าสูง[1*],เบญจพรรณ ขวัญยืน[2]

(วันที่รับบทความ: 11 มีนาคม 2569, วันที่แก้ไข: 27 เมษายน 2569, วันที่ตอบรับ: 15 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

กลุ่มวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรมมีความเสี่ยงสูงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์รูปแบบและโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการตามกรอบของ Whittemore & Knafl ทำการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล ThaiJO, PubMed และ CINAHLระหว่างปี พ.ศ. 2559–2568 คัดเลือกตามเกณฑ์ PICOs ได้ 19 ฉบับ นำมาประเมินคุณภาพและวิเคราะห์ด้วยการสังเคราะห์เนื้อหา (Thematic Synthesis) ตามแนวทาง PRISMA 2020 ผลการศึกษา พบรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4 รูปแบบหลัก ได้แก่ 1) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล 2) การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมและนโยบายสถานประกอบการ และ 4) การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์โดยรูปแบบบูรณาการหลายวิธีให้ประสิทธิผลสูงสุด สามารถลดดัชนีมวลกาย (BMI) เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการกำกับตนเองของวัยทำงานช่วยสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีสรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรมควรเน้นรูปแบบบูรณาการที่เข้าถึงง่ายผ่านเทคโนโลยีควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคมและทักษะส่วนบุคคล สถานประกอบการและหน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำผลศึกษาไปประยุกต์ใช้เพื่อลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: วัยทำงาน, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, เขตอุตสาหกรรม, พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

[1]อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองป่าไม้ จังหวัดระยอง

*Corresponding author: วรารัตน์ เหล่าสูง e-mail: wararat@bnc.ac.th

Health Behavior Modification Models for Industrial Workers : An Integrative Review

Wararat Laosung[1*], Benjaphan Khwanyuen[2]

(Received: 11th March 2026, Revised: 27th April 2026, Accepted: 15th June 2026)

Abstract

The working-age population in industrial zones faces a high risk of non-communicable diseases (NCDs). This research aimed to synthesize the models and effectiveness of health behavior modification programs using an integrative review approach based on the Whittemore and Knafl framework. A literature search was conducted across ThaiJO, PubMed, and CINAHL databases for studies published between 2016 and 2025. Nineteen studies were selected based on PICOs criteria, assessed for quality, and analyzed using thematic synthesis according to the PRISMA 2020 guidelines. The findings revealed four primary health behavior modification models 1) digital technology utilization, 2) social support from co-workers, 3) environmental management and workplace policies, and 4) health literacy promotion combined with behavioral science theories. Multi-component integrative models yielded the highest effectiveness, significantly reducing Body Mass Index (BMI), waist circumference, and blood sugar levels ($p < 0.05$). Additionally, developing health literacy alongside self-regulation effectively raised awareness for behavior change among the working-age group. In conclusion, health promotion for the working-age population in industrial zones should emphasize easily accessible, integrative models utilizing technology alongside social support and personal skills. Workplaces and public health agencies can apply these findings to reduce NCD risks and sustainably promote desirable health behaviors.

Keywords: Working-age population, Health behavior modification, Industrial zones, Desirable health behavior

---

[1]Lecturer, Community Health Nursing Department, Boromarajonani College of Nursing Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[2]Registered Nurse ,Professional Level Khlong Pa Mai Subdistrict Health Promoting Hospital, Rayong Province

*Corresponding author: Wararat laosung e-mail: wararat@bnc.ac.th

บทนำ

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่องโดยองค์การอนามัยโลกระบุว่ากลุ่มโรค NCDs เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงถึง 41 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยเฉพาะประชากรในวัยทำงานที่มีการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Premature mortality) ถึง 17 ล้านคน[1] สำหรับประเทศไทย พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนไทย โดยมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยถึงชั่วโมงละ 40 คน[2] โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรมที่มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มประชากรอื่น เนื่องจากลักษณะงานที่มีความเร่งรีบ การทำงานเป็นกะ (Shift work) และพฤติกรรมเนือยนิ่ง สถิติการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานในสถานประกอบการพบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนสูงถึงร้อยละ 45.2 และมีความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 28.5[3] ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อประสิทธิภาพการทำงาน (Productivity loss) การลาป่วย และภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

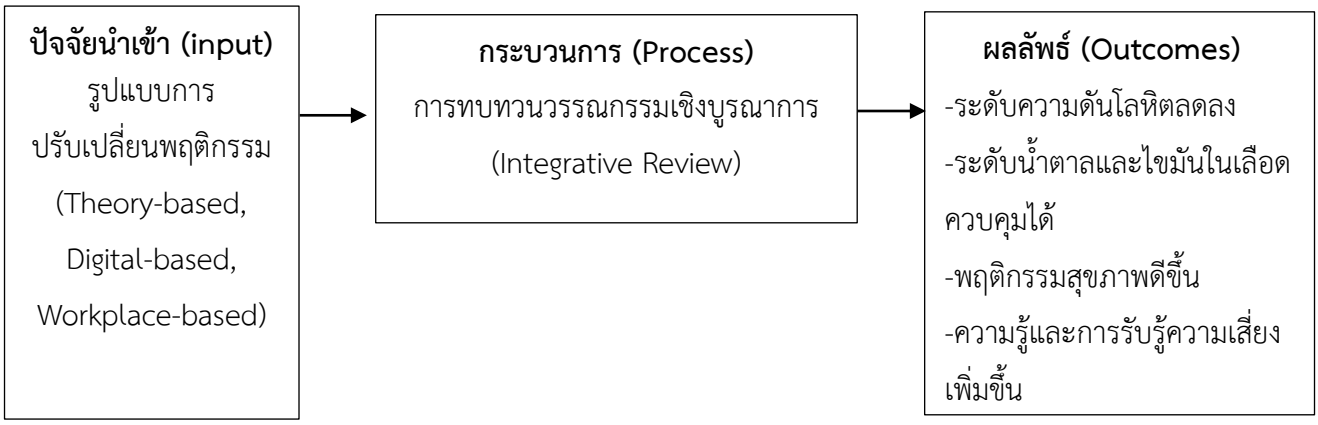
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการส่วนใหญ่มักเน้นการจัดกิจกรรมเป็นรายครั้งและการสอน ให้สุขศึกษาขั้นพื้นฐานตามแนวคิด 3อ. 2ส. ซึ่งแม้จะส่งผลให้พนักงานมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ยังไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าในปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบที่หลากหลายและเฉพาะเจาะจงมากขึ้น โดยสามารถจำแนกออกเป็น 4 รูปแบบหลัก ได้แก่ 1) รูปแบบการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การส่งเสริมสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน Line หรือ Mobile Application ที่ช่วยให้พนักงานเข้าถึงข้อมูลและบันทึกพฤติกรรมได้ซึ่งมีประสิทธิผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและไขมัน[4,5,6] 2) รูปแบบที่ใช้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน เช่น โปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับการแรงสนับสนุนทางสังคม ผลลัพธ์ช่วยลดดัชนีมวลกายและรอบเอวได้อย่างมีนัยสำคัญ[7,8] 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมรวมทั้งนโยบายสถานประกอบการ เช่น การมีเมนูสุขภาพในโรงอาหาร และการแต่งตั้งแกนนำสุขภาพในสายการผลิต (Health Leader) ซึ่งช่วยสร้างบรรยากาศการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในสถานประกอบการได้ดี[9,10,11] และ 4) การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แม้จะมีการศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่หลากหลาย แต่ส่วนใหญ่มักเป็นการศึกษาในบริบทของพนักงานสำนักงานหรือกลุ่มประชากรในระบบปกติ ซึ่งมีข้อแตกต่างอย่างชัดเจนจากวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรมที่มีข้อจำกัดด้านตารางเวลาทำงานที่เป็นกะ และสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อปัจจัยคุกคามทางสุขภาพ ผลการศึกษาส่วนใหญ่แสดงผลลัพธ์เชิงบวกในระยะสั้น และรูปแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมักถูกออกแบบมาสำหรับพนักงานในระบบปกติ แต่ยังมีการสังเคราะห์ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางหรือรูปแบบการจัดการสุขภาพยังพบน้อยอยู่ ที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรมที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากวิถีชีวิตและข้อจำกัดของ

สภาพแวดล้อมในการทำงาน ดังนั้น การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการครั้งนี้ จึงเน้นการทบทวนงานวิจัยและสังเคราะห์องค์ความรู้ดังกล่าว เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเพื่อนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรม และสามารถแก้ปัญหาได้อย่าง เพื่อให้เห็นภาพรวมว่ารูปแบบใดมีความคุ้มค่าและเหมาะสมที่สุดกับบริบทนิคมอุตสาหกรรมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมองค์กร

การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ (Integrative Review) เป็นระเบียบวิธีวิจัยที่ในการรวบรวม สังเคราะห์ และวิพากษ์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่หลากหลายรูปแบบ ทั้งเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และงานวิจัยเชิงทดลอง มุ่งสังเคราะห์และวิพากษ์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้เห็นภาพรวมขององค์ความรู้อย่างเป็นระบบ ซึ่งจะนำไปสู่บทสรุปเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยเน้นความสอดคล้องกับบริบทเฉพาะและวิถีชีวิตของวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรม ผลการศึกษาที่ได้ไม่เพียงแต่จะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขและพยาบาลอาชีวอนามัยสามารถตัดสินใจเลือกใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีประสิทธิผลเชิงประจักษ์และมีความคุ้มค่าต่อการลงทุนเท่านั้น แต่ยังจัดเป็นฐานข้อมูลสำคัญ ในการวิจัยและพัฒนาต้นแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างบูรณาการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานเขตอุตสาหกรรมอย่างยั่งยืน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย มีรายละเอียดดังภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากภาพที่ 1 ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ระบบแนวคิดแบบ Input-Process-Outcomes ร่วมกับกรอบการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการเพื่อสังเคราะห์ประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า (Input) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น ผู้วิจัยได้จำแนกรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้ในกลุ่มวัยทำงานเขตอุตสาหกรรมออกเป็น 3 ลักษณะหลัก ได้แก่

1.1 รูปแบบที่ใช้ทฤษฎีเป็นฐาน (Theory-based) เช่น การใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (TTM) หรือแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อปรับทัศนคติรายบุคคล

1.2 รูปแบบที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital-based) การใช้ Mobile Application, Line Official หรือระบบ Tele-health เพื่อลดข้อจำกัดด้านเวลาของพนักงานโรงงาน

1.3 รูปแบบที่ใช้ฐานองค์กรและเครือข่าย (Workplace-based) การปรับนโยบายโรงอาหารในสถานประกอบการ (Canteen Policy), การสร้างผู้นำสุขภาพ (Health Leader) และการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer Support)

2. กระบวนการ (Process) การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ

กระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการตามแนวคิดของ Whittemore & Knafl 2005 โดยสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล ThaiJO, PubMed และ CINAHL อย่างเป็นระบบผ่านขั้นตอนการระบุปัญหาการสืบค้น การประเมินคุณภาพงานวิจัย และการสังเคราะห์เนื้อหาเพื่อให้ได้โปรแกรมที่มีประสิทธิผลสูงสุด

3. ผลลัพธ์ (Outcomes) ประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยน

มุ่งเน้นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มวัยทำงานใน 2 มิติสำคัญ ได้แก่

1) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ พิจารณาจากการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น การบริโภคอาหารที่เหมาะสม และการลดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ บุหรี่ และสุรา

2) ผลลัพธ์ทางคลินิก พิจารณาจากตัวชี้วัดทางสุขภาพ เช่น การลดลงของดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์กลุ่มวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรม และเพื่อสังเคราะห์รูปแบบและประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อผลลัพธ์ทางพฤติกรรมและทางคลินิกในกลุ่มวัยทำงานเขตอุตสาหกรรม

คำถามการวิจัย

กำหนดตามกรอบ PICOS ตามตารางที่ 1 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 กรอบคำถามการวิจัย PICOS

ตัวอักษร	องค์ประกอบ	รายละเอียด
P (Population)	ประชากร	กลุ่มวัยทำงานอายุ 18-60 ปี ที่ปฏิบัติงานในเขตอุตสาหกรรมนิคมอุตสาหกรรม หรือสถานประกอบการโรงงาน
I (Intervention)	วิธีการ/กิจกรรม	รูปแบบ/โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 1 กรอบคำถามการวิจัย PICOS (ต่อ)

ตัวอักษร	องค์ประกอบ	รายละเอียด
C (Comparison)	การเปรียบเทียบ	การดูแลตามปกติ และกลุ่มควบคุม
O (Outcomes)	ผลลัพธ์	ประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และดัชนีชี้วัดสุขภาพ
S(Study design)	รูปแบบการศึกษา	งานวิจัยเชิงทดลอง, กึ่งทดลอง, เชิงคุณภาพ และงานวิจัยแบบผสมผสาน

คำถามหลัก **:** แนวทางหรือรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์กลุ่มวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรมมีรูปแบบใดและส่งผลต่อตัวชี้วัดสุขภาพอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเภท Integrative Review ดำเนินการตามแนวทาง PRISMA Flow 2020

เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. งานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มวัยทำงานอายุ 18-60 ปี ที่ปฏิบัติงานในเขตอุตสาหกรรม นิคมอุตสาหกรรมหรือสถานประกอบการโรงงาน

2. มีการใช้โปรแกรม/รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีองค์ประกอบชัดเจน

3. รูปแบบการศึกษาเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง, กึ่งทดลอง, เชิงคุณภาพ และงานวิจัยแบบผสมผสาน

4. ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2016–2025

5. ตีพิมพ์เป็นภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ

6. มีการรายงานผลลัพธ์ที่วัดได้เชิงปริมาณ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. งานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่วัยทำงานในเขตอุตสาหกรรม เช่น นักเรียน ผู้สูงอายุ

2. บทความปริทัศน์ (Review articles), บทบรรณาธิการ, รายงานผู้ป่วย

3. งานวิจัยที่ขาดกลุ่มเปรียบเทียบ

4.3 แหล่งค้นหาข้อมูล

ค้นหาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ดังต่อไปนี้

1. PubMed / MEDLINE

2. CINAHL (EBSCO)

3. Thai Journals Online (ThaiJO)

คำสำคัญในการค้นหา

ภาษาไทย ได้แก่ “วัยทำงาน”, “กลุ่มวัยทำงาน”, “แรงงานในโรงงาน”, “พนักงานโรงงาน”, “สถานประกอบการ”, “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ”, “รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ”, “โปรแกรมสุขภาพ”, “พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์” และ “ภาวะสุขภาพ”

ภาษาอังกฤษ ได้แก่ “Industrial workers” OR “Factory workers” OR “Workplace” AND “Health behavior modification” OR “Lifestyle intervention” OR “Health promotion” AND “Effectiveness” OR “Outcome”

กระบวนการคัดเลือกงานวิจัย

ดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอนตาม PRISMA Flow Diagram

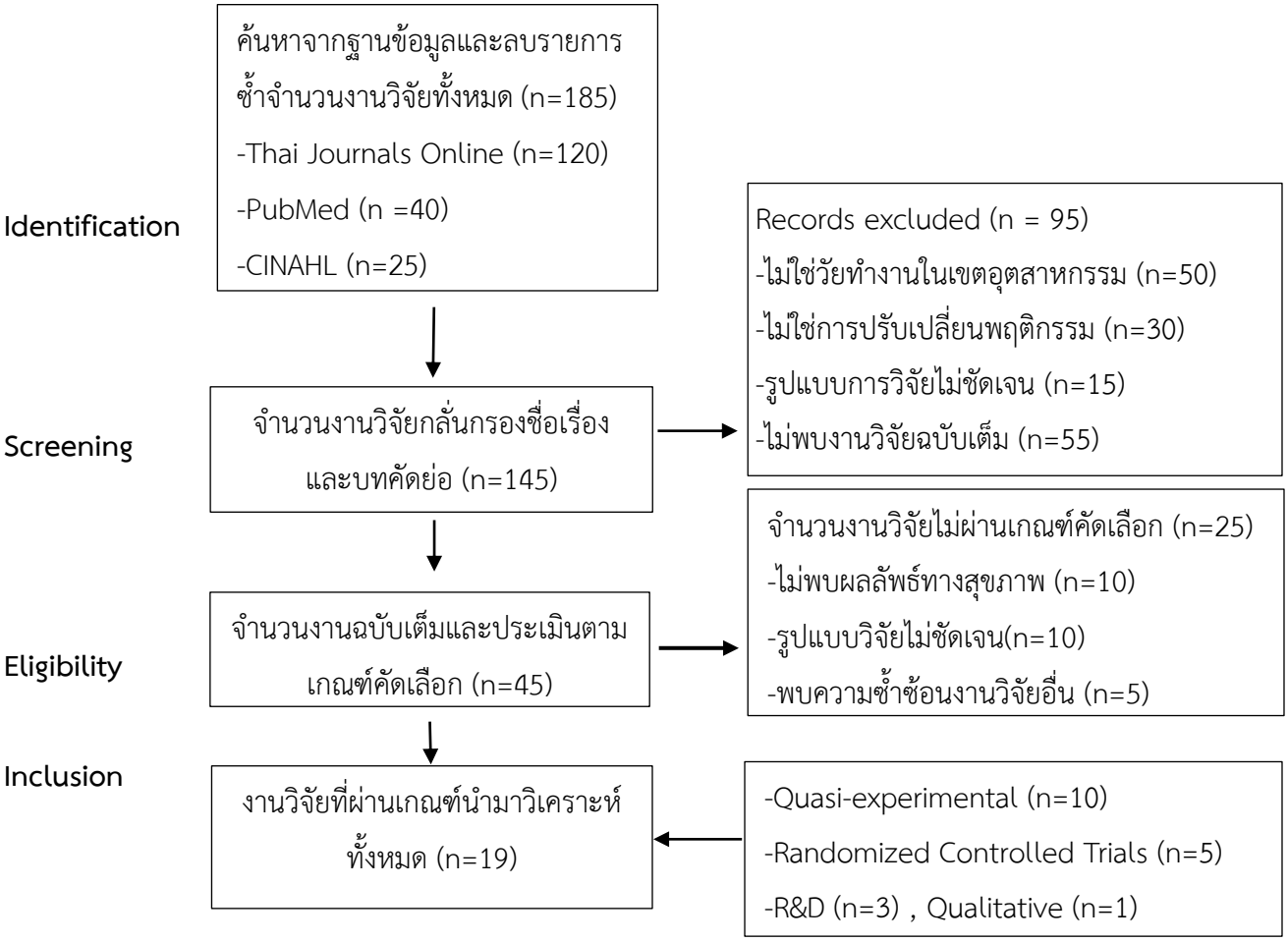
1. **Identification** — ค้นหาจากฐานข้อมูลและลบรายการซ้ำ

2. **Screening** — กลั่นกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ โดยผู้วิจัย 2 คน แยกกัน

3. **Eligibility** — อ่านฉบับเต็มและประเมินตามเกณฑ์คัดเลือก

4. **Inclusion** — รวบรวมงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด

กรณีที่ผู้วิจัยทั้งสองไม่ตรงกัน ใช้การหารือและผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตัดสิน (Third reviewer) ขั้นตอนการคัดเลือกบทความวิจัยตามแนวทาง PRISMA 2020 Flow Diagram รายละเอียดแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การคัดเลือกบทความวิจัยตามแนวทาง PRISMA 2020

จากภาพที่ 2 การคัดเลือกงานวิจัยสืบค้นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ พบงานวิจัยทั้งหมดจำนวน 185 ฉบับหลังคัดกรองลบรายการซ้ำและกลั่นกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ เหลืองานวิจัยฉบับเต็มจำนวน 45 ฉบับเมื่อประเมินตามเกณฑ์การคัดเลือก พบงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์และนำมาวิเคราะห์จำนวนทั้งสิ้น 19 ฉบับ

การประเมินคุณภาพงานวิจัย

การประเมินคุณภาพงานวิจัย ดังนี้ งานวิจัยรูปแบบ RCTs ใช้ Cochrane Risk of Bias Tool 2 (RoB 2)งานวิจัยรูปแบบ Quasi-experimental ใช้ Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Checklist ประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ การสุ่มตัวอย่าง, การปกปิดข้อมูล, การตกหาย, การรายงานผลลัพธ์ และความลำเอียงอื่น ๆ

การสกัดข้อมูล

การสกัดข้อมูลใช้แบบฟอร์มสกัดข้อมูลมาตรฐาน ที่มีเนื้อหาครอบคลุม ดังต่อไปนี้ ข้อมูลทั่วไปของการศึกษาประกอบด้วย ผู้วิจัย, ปี, ประเทศ, รูปแบบการศึกษา, ผลการศึกษา,ระดับคุณภาพงานวิจัย ลักษณะประชากร ประกอบด้วย อายุ, เพศ รายละเอียดโปรแกรม ประกอบด้วย องค์ประกอบ, ระยะเวลา, ผู้ให้บริการ, ช่องทาง และผลลัพธ์

การสังเคราะห์ข้อมูล

การสังเคราะห์ข้อมูลใช้ Narrative Synthesis เป็นหลักในการสังเคราะห์เชิงคุณภาพ จัดกลุ่มตามโปรแกรมและผลลัพธ์ หากงานวิจัยมีความเป็นเอกพันธ์เพียงพอ ($I^2 < 50\%$) จะพิจารณาทำ Meta-analysis โดยใช้ Random-effects model วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างการศึกษาด้วย Subgroup analysis และ Sensitivity analysis

นิยามศัพท์

วัยทำงาน หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 18- 60 ปี ที่ปฏิบัติงานในเขตอุตสาหกรรม/ นิคมอุตสาหกรรม หรือสถานประกอบการประเภทโรงงาน

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง โครงสร้าง แผนงาน ที่นำมาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครอบคลุมทั้งการประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ การใช้นวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัล การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนทางสังคมในสถานประกอบการ

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การแสดงออกหรือการปฏิบัติของวัยทำงานที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประสิทธิผลของรูปแบบ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกของตัวชี้วัดสุขภาพอย่างน้อย 1 รายการเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา เน้นการสังเคราะห์รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ซึ่งครอบคลุมทั้งรูปแบบที่เน้นตัวบุคคล เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม โดยพิจารณาประสิทธิผลผ่านตัวชี้วัด 2 ด้านหลัก คือ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร, การมีกิจกรรมทางกาย, และการจัดการความเครียด และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI), รอบเอว, ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ขอบเขตด้านระยะเวลาเป็นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 2016–2025 ขอบเขตด้านภาษาเน้นงานวิจัยภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

การพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาล

บรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่ BNC REC 04/2569 เมื่อวันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

จากการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ (Integrative Review) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 19 ฉบับตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ.2559–2568 งานวิจัยส่วนใหญ่ดำเนินการในประเทศไทย จำนวน 14 ฉบับ ครอบคลุมเขตนิคมอุตสาหกรรมหลัก เช่น นิคมอุตสาหกรรมอมตะซิตี้ระยอง นิคมอุตสาหกรรมอมตะซิตี้ชลบุรี และนิคมอุตสาหกรรมลาดกะบัง และในต่างประเทศจำนวน 5 ฉบับ ได้แก่ ญี่ปุ่น และเกาหลีใต้ รูปแบบการวิจัยที่พบมากที่สุด คือ การวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 10 ฉบับ รองลงมา คือการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม จำนวน 6 ฉบับ และการวิจัยและพัฒนาจำนวน 3 ฉบับ กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ กลุ่มพนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมสายการผลิตที่มีภาวะเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพนักงานกลุ่มเข้ากะ รูปแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถจำแนกได้เป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1.การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อลดข้อจำกัดด้านเวลาโดยใช้แอปพลิเคชันและระบบติดตามทางไกลเพื่อแจ้งเตือนพฤติกรรม 2.การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานโดยการคัดเลือกและแต่งตั้งผู้นำสุขภาพหรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสร้างแรงจูงใจ 3.การจัดการสิ่งแวดล้อมรวมทั้งนโยบายสถานประกอบการ โดยมีนโยบายโรงอาหารสุขภาพ (Healthy Canteen) และจัดเมนูอาหารลดหวาน มัน เค็ม และ 4.การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ทฤษฎีการกำกับตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง ผลการสังเคราะห์ทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ให้ประสิทธิผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผลลัพธ์ทางคลินิกพบการลดลงของดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) และระดับความดันโลหิต ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมที่พึงประสงค์ พบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. ที่ดีขึ้น และผลลัพธ์ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเชื่อมั่นในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองเพิ่มสูงขึ้น[4-22]

การสังเคราะห์ข้อมูล

จากการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการงานวิจัย 19 เรื่อง สามารถสังเคราะห์รูปแบบและแนวทางของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรมออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อลดข้อจำกัดด้านเวลา (Digital-Driven Intervention)

งานวิจัยในปีพ.ศ.2565-2567 พบว่า การใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือหลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ เช่น การใช้ Mobile Application, การใช้ Line Official และการนำเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกล รูปแบบTele-health มาใช้ในการส่งเสริมด้านการสื่อสารความรอบรู้ด้านสุขภาพ และนำมาใช้ในการกำกับติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพในด้านต่างๆ ซึ่งช่วยให้พนักงานเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้โดยไม่กระทบเวลาทำงานที่ทำงานเป็นกะ ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ส่งผลดีต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) และการควบคุมน้ำหนัก เนื่องจากมีการแจ้งเตือนและติดตามผลแบบ Real-time[4,5,6,12]

2. การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายเพื่อนร่วมงาน (Peer Support & Social Support)

งานวิจัยที่นำรูปแบบโปรแกรมที่เน้นการสร้างผู้นำสุขภาพหรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนรวมทั้งการมีตัว แบบที่ดี หรือเป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพที่ดี (Role Model) เช่น บุคคลที่มีวินัยด้านการออกกำลังกาย ด้านการควบคุมน้ำหนักที่สามารถเป็นต้นแบบที่ดีได้ในสายการผลิตเดียวกันหรือต่างแผนก บุคคลกลุ่มนี้สามารถสร้างแรงจูงใจให้เพื่อนร่วมงานอยากปฏิบัติตามได้ดีกว่าการสอนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายนอก โดยเน้นกิจกรรมที่มีการเพิ่มกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) และจำนวนก้าวเดินในที่ทำงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[7,18]

3. การจัดการสิ่งแวดล้อมรวมทั้งนโยบายสถานประกอบการ (Environmental & Policy Approach)

การปรับเปลี่ยนที่มุ่งเน้นโครงสร้างและนโยบายองค์กรมากกว่าตัวบุคคล ได้แก่ การปรับเมนูอาหารในโรงอาหาร (Canteen Intervention) ให้มีเมนูสุขภาพ ลด หวาน มัน เค็ม และนโยบาย Happy Workplace เป็นการสนับสนุนให้วัยทำงานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดี เนื่องจากเป็นการปรับเปลี่ยนที่เน้นการสร้างนโยบายสถานประกอบการที่เอื้อต่อสุขภาพ (Environmental Support) ทำให้พนักงานเข้าถึงอาหารสุขภาพได้ง่ายขึ้นโดยไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายามรายบุคคลเพียงอย่างเดียว ซึ่งพบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ยกตัวอย่างเช่น การลดลงของค่าดัชนีมวลกาย BMI และความดันโลหิตในกลุ่มประชากรวัยทำงานได้ดีกว่ารูปแบบอื่น[4,13]

4.การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

การบูรณาการระหว่างการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจของบุคคลในการตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง (Self-goal setting) และการกำกับตนเอง (Self-regulation) กระบวนการดังกล่าวช่วยกระตุ้นให้พนักงานเกิดความตระหนักรู้จากภายใน ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นรูปธรรมเช่น การควบคุมน้ำหนักได้อย่างต่อเนื่องและการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผลการสังเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม เป็นแนวทางที่จะช่วยรักษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้คงอยู่ได้อย่างยั่งยืน ในระยะยาวตั้งแต่ 6-12 เดือนได้ดีที่สุด[7,15,16,17,20]

ผลการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 19 ฉบับ แสดงให้เห็นว่า รูปแบบที่มีประสิทธิผลสูงสุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์กลุ่มวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรม คือ รูปแบบบูรณาการที่ผสมผสาน ระหว่างการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยให้ข้อมูลเพื่อสื่อสารความรอบรู้ด้านสุขภาพ กระตุ้นเตือนเป็นระยะ รวมทั้งนำมาใช้ในการกำกับและติดตาม ร่วมกับการนำเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกลมาใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มวัยทำงานซึ่งช่วยลดข้อจำกัดเวลาและวิถีชีวิตในเขตอุตสาหกรรมได้ดีที่สุด ร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจากนโยบายสถาน

ประกอบให้วัยทำงานมีความสะดวกในการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ สถานที่ออกกำลังกาย รวมทั้งการมีกลุ่มเพื่อนหรือบุคคลต้นแบบเพื่อเป็นแบบอย่างจากเพื่อนร่วมงานเพื่อให้เกิดแรงจูงใจและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ลดความเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพการทำงานและคุณภาพชีวิตของพนักงานวัยทำงานได้อย่างดีขึ้น (4-22)

การอภิปรายผล

จากการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการเพื่อสังเคราะห์รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรม มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผล ได้ดังนี้

1. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีการผสมผสานหลายกลวิธี โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิผลสูงสุดในการลดดัชนีมวลกาย (BMI) และระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation Theory) ที่ระบุว่าการที่บุคคลสามารถติดตามข้อมูลสุขภาพของตนเองได้แบบเรียลไทม์ผ่านแอปพลิเคชัน จะช่วยกระตุ้นให้เกิดกระบวน การสังเกตตนเอง (Self-monitoring) และการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ทันที(6) รวมทั้งการสร้างโปรแกรมผ่านสมาร์ทโฟนช่วยเพิ่มความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าการให้สุขศึกษาแบบเดิมเพียงอย่างเดียวเนื่องจากเข้าถึงได้ง่ายและไม่จำกัดเวลา ซึ่งเหมาะสมอย่างยิ่งกับวิถีชีวิตของแรงงานในเขตอุตสาหกรรมที่ต้องทำงานเป็นกะ

2. บทบาทของการสนับสนุนทางสังคมและแกนนำสุขภาพ จากการสังเคราะห์ข้อมูล คือ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน (Peer Support) และการสร้างแกนนำสุขภาพในสายการผลิต (Health Leaders) มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างแรงจูงใจ สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura ที่เน้นเรื่องการมีต้นแบบและการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การเห็นเพื่อนร่วมงานในบริบทเดียวกันสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จจะช่วยสร้างบรรยากาศการแข่งขันเชิงสร้างสรรค์ในที่ทำงาน เช่น การแข่งขันการลดน้ำหนัก ซึ่งผลการศึกษานี้ช่วยสนับสนุนว่าในบริบทอุตสาหกรรมที่มีความใกล้ชิดของกลุ่มเพื่อร่วมงาน ช่วยให้การเปลี่ยนพฤติกรรมแบบกลุ่มมีแนวโน้มประสบความสำเร็จมากกว่าการมุ่งเน้นรายบุคคล

3. การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและบริบทขององค์กร ผลจากการสังเคราะห์วรรณกรรม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นพื้นฐานสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตาม รูปแบบโปรแกรมส่วนใหญ่ยังเผชิญความท้าทายจากวัฒนธรรมองค์กรในบริบทสถานประกอบการในนิคมอุตสาหกรรมที่เน้นการเพิ่มผลผลิตมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมเชิงนโยบาย เช่นการปรับปรุงเมนูอาหารในโรงอาหาร จึงเป็นปัจจัยสนับสนุนที่เอื้อต่อการสร้างนโยบายสุขภาพที่สำคัญ หากขาดการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหาร แม้พนักงานจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงก็อาจไม่

สามารถเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน

การทบทวนวรรณกรรมนี้มีข้อจำกัดบางประการ คือ งานวิจัยส่วนใหญ่ที่นำมาสังเคราะห์เป็นงานวิจัยในระยะสั้น ระยะเวลา 3-6 เดือน ทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับความยั่งยืนของพฤติกรรมในระยะยาวยังมีจำกัด รวมทั้งยัง มีความหลากหลายของคุณภาพระเบียบวิธีวิจัยในแต่ละแหล่งข้อมูลอาจส่งผลต่อการสรุปประสิทธิผลเชิงเปรียบเทียบ

บทสรุปงานวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการครั้งนี้สรุปได้ว่า รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับกลุ่มวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรมที่มีประสิทธิผลสูงสุด คือ รูปแบบบูรณาการเชิงระบบ (Multimodal System-based Approach) ซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการให้ความรู้รายบุคคลแต่เป็นการผสมผสานระหว่างกลยุทธ์ด้านรายบุคคล เน้นการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และทักษะการกำกับตนเอง พร้อมทั้งการนำเทคโนโลยีมาใช้ร่วมกันให้เกิดประโยชน์โดยการใช้แอปพลิเคชัน (Line/Smartphone) เพื่อการให้ข้อมูลข่าวสารที่สะดวก รวดเร็ว เข้าถึงง่าย ร่วมทั้งนำมาใช้ในการติดตามผลแบบเรียลไทม์และลดข้อจำกัดเรื่องเวลา นอกจากนั้นยังต้องใช้กลยุทธ์การสนับสนุนด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยการใช้แรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน รวมทั้งนโยบายจากสถานประกอบการในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ในโรงอาหาร สถานที่เหมาะสมกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยเมื่อนำทุกกลยุทธ์มาบูรณาการร่วมกัน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพรายบุคคล และผลลัพธ์ทางคลินิกที่วัดผลได้ชัดเจน ได้แก่ การลดลงของค่าดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ซึ่งเป็นปัจจัยหลักในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในวัยทำงานในสถานประกอบการระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

เชิงปฏิบัติ

1. บทบาทของพยาบาลและทีมสุขภาพควรปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้สุขศึกษามาเป็นผู้สนับสนุนและโค้ชด้านสุขภาพโดยเน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ เพื่อการติดตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องแทนการจัดกิจกรรมแบบรายครั้ง ซึ่งจะช่วยให้ลดข้อจำกัดเรื่องเวลาของพนักงานในกลุ่มที่ทำงานในสถานประกอบในเขตอุตสาหกรรม

2. ควรมีการสร้างเครือข่ายแกนนำสุขภาพโดยสถานประกอบการคัดเลือกพนักงานจากสายการผลิตที่เป็นแกนนำสุขภาพ (Health Leaders) มาฝึกอบรมทักษะการเป็นผู้นำสุขภาพเพื่อทำหน้าที่เป็นต้นแบบ (Role Model) และผู้สนับสนุนทางสังคมในที่ทำงานเพื่อให้เป็นต้นแบบและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานมีผลต่อการลดค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

3. การออกแบบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานต้องเน้นความยืดหยุ่นให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตพนักงานที่ทำงานเป็นกะ โดยใช้เวลาน้อยแต่สม่ำเสมอ เช่น การส่งข้อมูลสุขภาพชุดสั้นผ่านสื่อสังคมออนไลน์ หรือการจัด

กิจกรรมทางกายช่วงสั้น ๆ ในพื้นที่ปฏิบัติงานเพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง

เชิงนโยบาย

1. การจัดการสิ่งแวดล้อมเชิงโครงสร้าง ผู้บริหารสถานประกอบการควรมีนโยบายสนับสนุนสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Workplace Environment) เช่น การจัดทำเมนูอาหารสุขภาพในโรงอาหาร การจัดพื้นที่ออกกำลังกายที่เข้าถึงง่าย และการกำหนดให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กร

2. การบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ควรผลักดันให้มีการประเมินและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่พนักงานอย่างเป็นระบบ เพื่อให้พนักงานมีความสามารถในการตัดสินใจจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน ตามบริบทความหลากหลายขององค์กรและวัฒนธรรมของสถานประกอบการในนิคมอุตสาหกรรม

3. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรส่งเสริมเกณฑ์มาตรฐานหรือรางวัลแรงจูงใจให้แก่สถานประกอบการที่มีผลลัพธ์การลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของพนักงานวัยทำงานอย่างเป็นรูปธรรม

4. หน่วยงานรัฐ เครือข่ายสถานประกอบการ ควรสนับสนุนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพออนไลน์ร่วมกันระหว่างสถานประกอบการและโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อการส่งต่อข้อมูลพนักงานกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างรวดเร็ว

เชิงการศึกษาวิจัย

1. ควรมีการวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรคและแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์โดยเฉพาะพนักงานที่เข้าทำงานกะดึกเพื่อนำมาใช้ออกแบบโปรแกรมหรือแนวทางที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่มในการวิจัยครั้งต่อไป

2. ควรมีการทำวิจัยเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพเพื่อเปรียบเทียบต้นทุนของการทำโปรแกรมการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์กับผลลัพธ์การผลิตเพิ่มขึ้น หรือค่ารักษาพยาบาลที่ลดลงเพื่อจูงใจผู้บริหารโรงงานในเชิงธุรกิจ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 11]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
2. กรมควบคุมโรค. สถิติสาธารณสุข: อัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 11 มี.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2565.
4. ธนากร ปิ่นแก้ว. การใช้สื่อดิจิทัลและกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพนักงานสถานประกอบการ. วารสารการเรียนรู้ตลอดชีวิต. 2564;6(2):88-102.
5. วิไลวรรณ ทนะใบ. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางไกล (Tele-health) ใน

พนักงานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(4):602-15.

6. Kim H, Kong SY. Effectiveness of a Smartphone-Based Health Behavior Change Program for Industrial Workers: A Randomized Controlled Trial. J Occup Health. 2023;65(1):e12385.
7. Smith J, White M. Self-regulation Intervention for Weight Management among Industrial Workers: A Randomized Controlled Trial. Occup Med. 2021;71(4):158-65.
8. ช่อทิพย์ วัฒนกุล. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (TTM) ในพนักงานโรงงานที่มีภาวะอ้วน. วารสารสภาการพยาบาล. 2565;37(2):101-15.
9. Geaney F, Kelly C, Greiner BA, Harrington JM, Perry IJ, Beirne P. The effect of a complex workplace dietary intervention on employees' dietary habits, BMI and blood pressure: a cluster randomised controlled trial. BMC Public Health. 2016;16:378.
10. นริศรา พรรณรังษี. ผลของโปรแกรมจัดการสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมบริการอาหารในโรงงานต่อน้ำหนักตัวของพนักงานนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด. วารสารโภชนาการ. 2564;56(3):40-55.
11. สุรศักดิ์ ทิพย์เจริญ. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกโดย "ผู้นำสุขภาพ" ในเขตนิคมอุตสาหกรรม. วารสารวิจัยสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. 2566;8(2):45-58.
12. ประภาพร ชื่นตา. ประสิทธิผลของการส่งเสริมพฤติกรรมผ่านแอปฯ Line และการโค้ชชิ่งต่อความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของพนักงาน. วารสารเทคโนโลยีสุขภาพ. 2567;5(1):20-35.
13. Watanabe M, Yokoyama K, Yamauchi T. The impact of peer-led health promotion on physical activity among manufacturing workers: a randomized trial. Ind Health. 2019;57(1):3-15.
14. พิชญาภา สุขกาย. รูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองโดยเน้นการสนับสนุนทางสังคมในพนักงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2563;34(1):50-64.
15. อังคณา สุขวิเศษ. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองในการออกกำลังกายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในนิคมอุตสาหกรรมภาคตะวันออก. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2562;12(2):45-58.
16. นงลักษณ์ สุวรรณพินิจ. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองสำหรับพนักงานกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2563;14(2):110-25.
17. จิราภรณ์ วรรณทอง. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงานเขตอุตสาหกรรม. วารสารวิจัยสาธารณสุข. 2567;18(1):55-70.

18.มนตรี บุญญะโสภณ. การจัดการรายกรณี (Case Management) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพนักงานที่มีภาวะ Metabolic Syndrome. วารสารพยาบาลและสุขภาพ. 2562;13(1):22-35.

19.Lim MS, Sacks G, Adair T, Savaglio R. A Workplace-Based Lifestyle Intervention for Shift Workers: A Randomized Controlled Trial. Nutrients. 2020;12(11):3352.

20.สมปอง กาญจนภาสน์. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม 3อ. ของพนักงานนิคมอุตสาหกรรมอมตะซิตี้. วารสารสุขศึกษา. 2564;44(2):12-25.

21.วรเชษฐ์ เขียวระยับ. ผลของโปรแกรมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการบริโภคและรอบเอวของคนงานในเขตอุตสาหกรรม. วารสารเกื้อการุณย์. 2566;30(1):15-28.

22.ศศิธร สุขใจ. ผลของการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบบูรณาการ 3อ. 2ส. เพื่อลดความเสี่ยงโรคหัวใจในกลุ่มวัยทำงาน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2566;15(2):102-15.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษา ในการดำเนินงานเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี เขตสุขภาพที่ 7

สุภาวดี ฟองฟุ้ง[1],ธีรศักดิ์ พาจันทร์ [2*]

(วันที่รับบทความ: 9 เมษายน 2569, วันที่แก้ไข: 22 มิถุนายน 2569, วันที่ตอบรับ: 22 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี เขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 258 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูล ด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Multiple Logistic Regression นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio พร้อมช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.16) อายุเฉลี่ย 38.15 ปี (SD = 9.95, Min.-Max. : 22-59) สถานภาพโสด (ร้อยละ 54.26) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 81.01) และไม่เคยได้รับการอบรมฯ (ร้อยละ 62.40) บุคลากรมีการปฏิบัติงานระดับสูง ร้อยละ 86.82 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 83.22 (SD=10.04) แรงจูงใจระดับสูง ร้อยละ 86.43 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 62.41(SD=6.77) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์แต่ละด้าน พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีโอกาสปฏิบัติงาน ในระดับสูงเป็น 4.45 เท่าของผู้ที่สมรส (Adjusted OR = 4.45, 95%CI: 1.84–10.72, p-value = 0.001) ผู้ที่มีแรงจูงใจระดับสูงมีโอกาสปฏิบัติงานในระดับสูงเป็น 5.94 เท่าของผู้ที่มีแรงจูงใจระดับต่ำ-ปานกลาง (Adjusted OR = 5.94, 95%CI: 2.23–15.80, p-value < 0.001) และผู้ที่มีพฤติกรรมองค์การระดับสูงมีโอกาสปฏิบัติงานในระดับสูงเป็น 4.12 เท่าของผู้ที่มีพฤติกรรมองค์การระดับต่ำ-ปานกลาง (Adjusted OR = 4.12, 95%CI: 1.21–14.01, p-value = 0.023) ดังนั้น ควรส่งเสริมแรงจูงใจและพฤติกรรมองค์การที่เอื้อต่อการทำงานเป็นทีม จัดสรรภาระงานให้สอดคล้องกับบริบทส่วนบุคคล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การปฏิบัติงาน, บุคลากรทางการศึกษา, เครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี, แรงจูงใจ, พฤติกรรมองค์การ

[1]นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต [2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์

[1-2]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding author: ธีรศักดิ์ พาจันทร์ e-mail: teerasak@scphkk.ac.th

Factors Associated with Educational Personnel Performance in the Thai Children's Good Dental Health School Network, Health Region 7

Supavadee Fongfung [1],Teerasak Phajan[2*]

(Received: 9th April 2026, Revised: 22nd June 2026, Accepted: 22nd June 2026)

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to examine work performance levels and associated factors among educational personnel implementing the Dek Thai Fan Dee School Network, Health Region 7. A stratified random sample of 258 individuals was selected, and data were collected via questionnaire. Analysis employed descriptive statistics and Multiple Logistic Regression, reporting Adjusted Odds Ratios with 95% confidence intervals at a significance level of 0.05.

The findings revealed that the majority of participants were female (70.16%), with a mean age of 38.15 years (SD = 9.95, Min.–Max.: 22–59). Most were single (54.26%), held a bachelor's degree or equivalent (81.01%), and had never received relevant training (62.40%). A high level of work performance was found in 86.82% of personnel, with a mean score of 83.22 (SD = 10.04). High motivation was reported in 86.43%, with a mean score of 62.41 (SD = 6.77), Regarding associated factors, those who were single, widowed, divorced, or separated were 4.45 times more likely to perform at a high level compared to those who were married (Adjusted OR = 4.45, 95% CI: 1.84–10.72, p-value = 0.001). Those with high motivation were 5.94 times more likely to perform at a high level compared to those with low-to-moderate motivation (Adjusted OR = 5.94, 95% CI: 2.23–15.80, p-value < 0.001). Those with high organizational citizenship behavior were 4.12 times more likely to perform at a high level compared to those with low-to-moderate organizational citizenship behavior (Adjusted OR = 4.12, 95% CI: 1.21–14.01, p-value = 0.023). These findings suggest that promoting motivation and organizational citizenship behavior factors conducive to teamwork, alongside workload allocation tailored to individual contexts, would enhance overall operational efficiency.

Keywords: Performance, Educational Personnel, Thai Children's Good Dental Health School Network, Work Motivation, Organizational Behavior factors

[1]Student of the Master of Public Health, [2]Assistant Professor

[1-2] Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author: Teerasak Phajan, e-mail: teerasak@scphkk.ac.th

บทนำ

สุขภาพช่องปากเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยรายงานสุขภาพช่องปากทั่วโลก ปี พ.ศ. 2565 ระบุว่า ประชากรประมาณ 2 พันล้านคนทั่วโลกเป็นโรคฟันผุ และเด็กกว่า 514 ล้านคนมีปัญหาโรคฟันน้ำนม สาเหตุสำคัญมาจากการได้รับฟลูออไรด์ไม่เพียงพอ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง รวมถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก[1]

ในประเทศไทยปัญหาโรคฟันผุยังคงพบอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 พบว่า เด็กอายุ 12 ปี มีฟันผุร้อยละ 49.7 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 1.2 ซี่ต่อคน และยังมีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 22.1 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกสูงสุด[2] สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพ[3]

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนได้เริ่มปี พ.ศ. 2520 โดยให้ครูเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียน ภายใต้โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง ต่อมากรมอนามัย ได้พัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 โดยใช้แนวคิดการรวมกลุ่มโรงเรียนเพื่อดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ[4] ในเขตสุขภาพที่ 7 มีโรงเรียนผ่านการรับรองเพียง 61 โรงเรียน[5] และการดำเนินงานยังขาดความต่อเนื่อง[6]

ความสำเร็จของการดำเนินงานเครือข่ายฯ ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาเป็นสำคัญ ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดการบริหารของ Fayol[7] ที่เน้นหน้าที่การบริหาร 5 ด้าน ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การสั่งการ การประสานงาน และการควบคุม และแนวคิดของ Gulick[8] ที่เสนอกรอบ POSDCORB ซึ่งครอบคลุมกระบวนการบริหารอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg[9] ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนมีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร ขณะที่การศึกษาเชิงประจักษ์พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลก็มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเช่นกัน[10]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่เน้นการศึกษาปัจจัยด้านการบริหารและกระบวนการบริหารเป็นหลัก ขณะที่การศึกษานี้มุ่งเน้นการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายฯ อย่างเป็นระบบ ซึ่งพบว่ามีข้อจำกัดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายฯ อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งยังมีปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กในระดับสูง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีความจำเป็นเพื่อสร้างองค์ความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษา เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนากลไกการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ ความต่อเนื่อง และความยั่งยืน

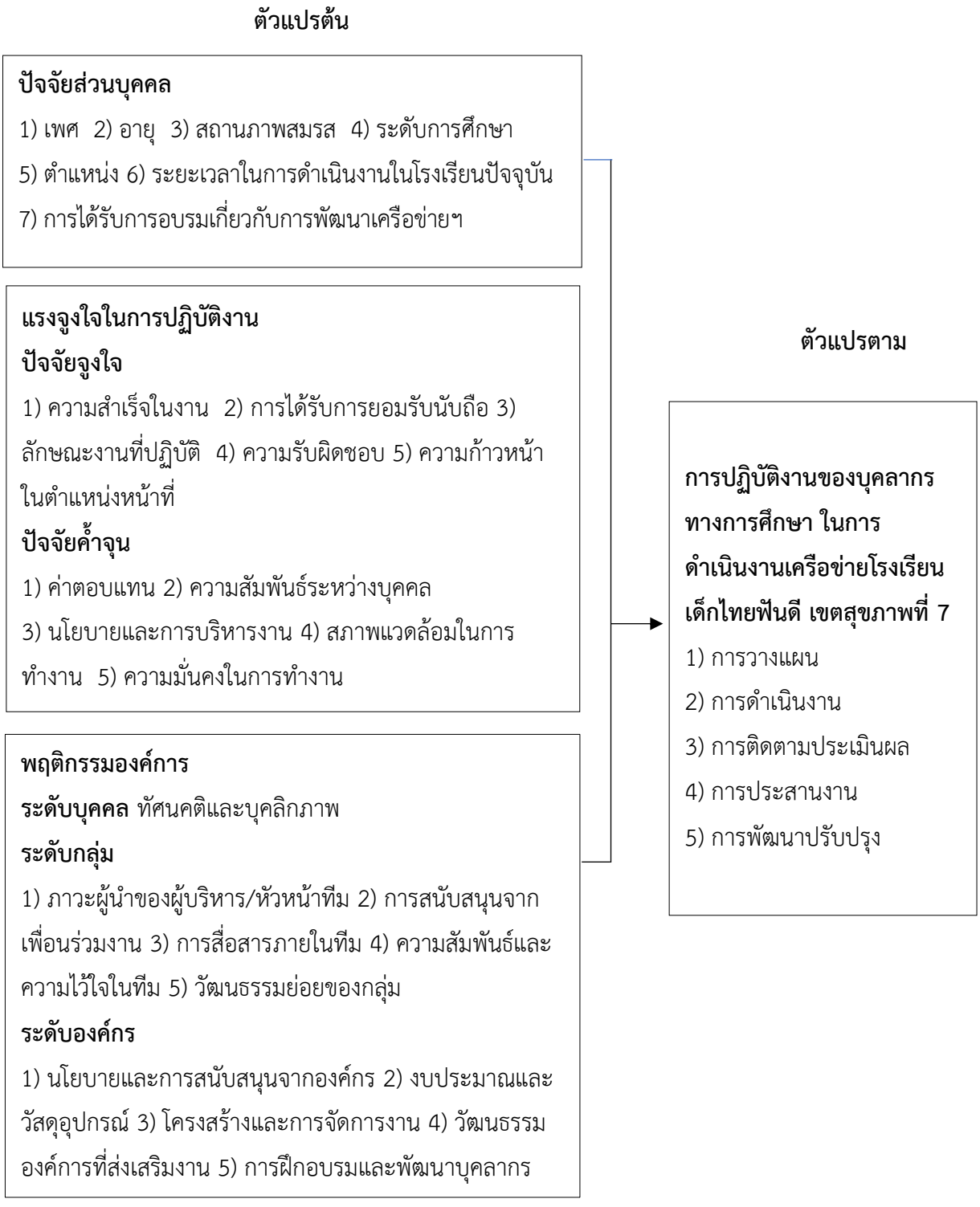
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ระดับพฤติกรรมองค์การ และระดับการ

ปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายฯ เขตสุขภาพที่ 7

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายฯ เขตสุขภาพที่ 7

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐาน

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานและพฤติกรรมองค์การมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายฯ เขตสุขภาพที่ 7

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรทางการศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนที่ผ่านการรับรองเป็นเครือข่ายฯ เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 607 คน

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา ทำการศึกษาประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายฯ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี เขตสุขภาพที่ 7

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 19 พฤศจิกายน พ.ศ.2568 ถึง 20 มกราคม พ.ศ. 2569

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study)

ประชากร: ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน หรือครูที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงาน ทันตสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนที่ผ่านการรับรองเป็นเครือข่ายฯ เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 61 โรงเรียน จำนวน 607 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

บุคลากรทางการศึกษาเพศชาย เพศหญิง ปฏิบัติงานในโรงเรียนประถมศึกษาที่ผ่านการประเมินเป็นเครือข่ายฯ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ยินดีและสมัครใจตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

บุคลากรที่ลาออก หรือเกษียณอายุ ลาศึกษาต่อหรือไปอบรมระหว่างการเก็บข้อมูล บุคลากรที่ไม่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหรือสนับสนุนโครงการนี้

กลุ่มตัวอย่าง: คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ หาความสัมพันธ์คราวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) กรณีตัวแปรตามประเภทแจงนับ (Categorical outcome) แบบ Dichotomous variable และใช้สถิติ Multiple logistic regression[11] กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 80% (β=0.20 มีค่าเท่ากับ 0.84)α=0.05 ที่ระดับความเชื่อมัน 95% และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ค่า P_0 คือค่าสัดส่วนการปฏิบัติงานของครูด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากระดับสูงและมีประสบการณ์ในการทำงาน ≤5 ปี (P_0=0.85) P_1คือค่าสัดส่วนการปฏิบัติงานของครูด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากระดับสูงและมีประสบการณ์ในการทำงาน > 5 ปี (P_1=0.97) B คือสัดส่วนของประสบการณ์ในการทำงาน (B=0.649)[10] คำนวณขนาดตัวอย่างกรณีวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariable) ได้ 166 คน จากนั้นปรับขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุลอจิสติก โดยกำหนดค่า Rho-square = 0.6 ได้ขนาดตัวอย่าง 258 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มจังหวัด จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดร้อยเอ็ด (จังหวัดกาฬสินธุ์ไม่มีโรงเรียนที่ผ่านการรับรองเป็น

เครือข่ายฯ) จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในแต่ละจังหวัด โดยสำรวจรายชื่อครูที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนเครือข่ายฯ ทุกคนที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า แล้วจับฉลากรายชื่อในแต่ละจังหวัดจนครบตามจำนวนที่กำหนด โดยไม่ใส่รายชื่อคืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงเรียนปัจจุบัน และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่ายฯ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็นปัจจัยจูงใจ 5 ด้าน ได้แก่ ความสำเร็จในงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ และปัจจัยค้ำจุน 5 ด้าน ได้แก่ ค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นโยบายและการบริหารงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน และความมั่นคงในการทำงาน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมองค์การ จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล (ทัศนคติ บุคลิกภาพ) ระดับกลุ่ม (ภาวะผู้นำ การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน การสื่อสาร ความสัมพันธ์และความไว้ใจในทีม วัฒนธรรมย่อยของกลุ่ม) และระดับองค์กร (นโยบาย งบประมาณ โครงสร้างการจัดการ วัฒนธรรมองค์การ การฝึกอบรม)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามระดับการปฏิบัติงาน จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย การวางแผน การดำเนินงาน การติดตามประเมินผล การประสานงาน และการพัฒนาปรับปรุง แบบสอบถามส่วนที่ 2 - 4 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) แปลผล โดยใช้เกณฑ์ของ Best[12] แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังตารางที่ 1 และจัดกลุ่มเป็น 2 กลุ่มสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก โดยรวมระดับต่ำและปานกลางเป็นกลุ่มเดียว

ตารางที่ 1 เกณฑ์การแปลผลคะแนนเครื่องมือวิจัย

ส่วน	จำนวนข้อ	พิสัยคะแนน	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ส่วนที่ 2 แรงจูงใจ	15	15 - 75	15 - 34	35 - 55	56 - 75
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมองค์การ	24	24 - 120	24 - 56	57 - 89	90 - 120
ส่วนที่ 4 การปฏิบัติงาน	20	20 - 100	20 - 46	47 - 73	74 - 100

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน Congruence: (IOC>0.67) และค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการทดสอบพบว่าแบบสอบถามทุกส่วนมีค่าความเที่ยงสูงกว่า 0.70 ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (α = 0.92) พฤติกรรมองค์การ (α = 0.94) และการปฏิบัติงาน (α = 0.96)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

2.1 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariable Analysis) ด้วยสถิติ Simple Logistic Regression นำเสนอค่า Crude Odds Ratio (OR) พร้อม 95% CI และ p-value โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.25 เข้าวิเคราะห์คราวละหลายตัวแปรในขั้นตอนต่อไป

2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์คราวละหลายตัวแปร (Multivariable Analysis) ด้วยสถิติ Multiple Logistic Regression โดยใช้เทคนิค Backward Elimination นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio (Adjusted OR) พร้อม 95% CI และ p-value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ตรวจสอบความเหมาะสมของโมเดลด้วยสถิติ Hosmer-Lemeshow Goodness of Fit Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2568 (เลขที่รับรอง HE682034)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

2. ออกหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาที่มีเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี จำนวน 61 โรงเรียน และประสานผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อนัดหมายวันและเวลาเก็บข้อมูล

3. ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมลงนามในแบบยินยอม (Informed Consent) ก่อนตอบแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและเก็บคืนด้วยตนเอง ใช้เวลาตอบประมาณ 15 - 20 นาที ได้รับแบบสอบถามคืนครบ 258 ชุด คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 100

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางการศึกษา จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางการศึกษา จำนวน 258 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.16 อายุระหว่าง 30 - 39 ปี ร้อยละ 37.98 อายุเฉลี่ย 38.15 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.95) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 54.26 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 81.01 ตำแหน่งครู/ครูผู้ช่วย ร้อยละ 92.64 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงเรียน 1-5 ปี ร้อยละ 60.85 โดยมีค่ามัธยฐาน 4 ปี (IQR=5, ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 34 ปี) ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ร้อยละ 62.40

2. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.43 (ดังตารางที่ 2) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมากที่สุด คือ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 46.90 รองลงมาคือผลงานที่ทำก่อให้เกิดประโยชน์แก่โรงเรียน ร้อยละ 44.96 และงานที่ทำสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ร้อยละ 38.37

3. พฤติกรรมองค์การของบุคลากรทางการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมองค์การอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.80 (ดังตารางที่ 2) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมองค์การในการปฏิบัติงานมากที่สุด คือ การช่วยเหลือเกื้อกูลในทีมส่งผลต่อแรงจูงใจและความผูกพัน ในการทำงาน ร้อยละ 44.96 รองลงมาคือ มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายของเครือข่าย ร้อยละ 43.41 และเป็นผู้มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย, ความสัมพันธ์ที่ดีในทีมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ร้อยละ 43.02

4. การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.82 (ดังตารางที่ 2) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงานมากที่สุด คือทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานได้ดี ร้อยละ 39.15 รองลงมาคือ ประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 36.05 และสอดแทรกเนื้อหาสุขภาพช่องปากในการเรียนการสอน ร้อยละ 34.50

ตารางที่ 2 ระดับแรงจูงใจ ระดับพฤติกรรมองค์การ ระดับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินเครือข่ายเด็กไทยฟันดีเขตสุขภาพที่ 7 (n=258)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษา		
ต่ำ (15 - 34 คะแนน)	0	0
ปานกลาง (35 - 55 คะแนน)	35	13.57
สูง (56 - 75 คะแนน)	223	86.43
Mean=62.41 (SD=6.77), Min=44, Max=75		
ระดับพฤติกรรมองค์การของบุคลากรทางการศึกษา		
ต่ำ (24 - 56 คะแนน)	0	0
ปานกลาง (57 - 89 คะแนน)	16	6.20
สูง (90 - 120 คะแนน)	242	93.80
Mean=102.94 (SD=10.60), Min=72, Max=120		
ระดับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษา		
ต่ำ (20 - 46 คะแนน)	2	0.78

ตารางที่ 2 ระดับแรงจูงใจ ระดับพฤติกรรมองค์การ ระดับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินเครือข่ายเด็กไทยฟันดีเขตสุขภาพที่ 7 (n=258) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง (46 - 73 คะแนน)	32	12.40
สูง (74 - 100 คะแนน)	224	86.82
Mean=83.22 (SD=10.04), Min=42, Max=100		

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีเขตสุขภาพที่ 7

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทีละคู่ (Bivariable Analysis)

5.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาทีละคู่ (Bivariable Analysis) จากการวิเคราะห์ด้วย Simple Logistic Regression จำนวน 9 ตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายฯ เขตสุขภาพที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ p-value<0.25 ทั้งสิ้นจำนวน 7 ตัวแปร ได้แก่ เพศหญิง (OR = 1.78, 95%CI = 0.85-3.75, P-value = 0.125) สถานภาพโสด หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ (OR = 4.00, 95%CI = 1.82-8.77, P-value = 0.001) ระดับการศึกษาปริญญาโทหรือสูงกว่า (OR = 0.36, 95%CI = 0.16 - 0.79, P-value = 0.012) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ≤5 ปี (OR = 1.66, 95%CI = 0.29-1.23, P-value = 0.167) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่ายฯ (OR = 2.14, 95%CI = 0.92-4.94 , P-value = 0.074) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายฯ เขตสุขภาพที่ 7 (OR = 6.76, 95%CI = 2.98-15.32 ,P-value<0.001) พฤติกรรมองค์การมีความ สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายฯ เขตสุขภาพที่ 7 (OR = 11.16, 95%CI = 3.82-32.56 , P-value<0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรทางการศึกษา แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน พฤติกรรมองค์การ ของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีเขตสุขภาพที่ 7 (วิเคราะห์ตัวแปรทีละคู่ Bivariable Analysis) (n= 258 คน)

ปัจจัย	จำนวน	ระดับการปฏิบัติงานฯ		Crude OR	95% CI	P-value
		สูง	ต่ำและปานกลาง			
1. เพศ						
ชาย	77	63(81.82)	14(18.18)	1	1	0.125

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรทางการศึกษา แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน พฤติกรรมองค์การ ของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี เขตสุขภาพที่ 7 (วิเคราะห์ตัวแปรทีละคู่ Bivariable Analysis) (n= 258 คน) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ระดับการปฏิบัติงานฯ		Crude OR	95% CI	P-value
		สูง	ต่ำและปานกลาง			
หญิง	181	161(88.95)	20(11.05)	1.78	0.85-3.75	
2. สถานภาพสมรส						
สมรส	108	84(77.78)	24(22.22)	1	1	0.001
โสด หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	150	140(93.33)	10(6.67)	4.00	1.82-8.77	
3. ระดับการศึกษา						
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	209	187(89.47)	22(10.53)	1	1	0.012
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	49	37(75.51)	12(24.49)	0.36	0.16-0.79	
4. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน						
> 5 ปี	101	84(83.17)	17(16.83)	1	1	0.167
≤5 ปี	157	140(89.17)	17(10.83)	1.66	0.81-3.44	
5. การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี						
ไม่เคย	161	135(83.85)	26(16.15)	1	1	0.074
เคย	97	89(91.75)	8(8.25)	2.14	0.92-4.94	
6. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน						
ระดับต่ำ-ปานกลาง	35	21(60.00)	14(40.00)	1	1	<0.001
ระดับสูง	223	203(91.03)	20(8.97)	6.76	2.98-15.32	
7. พฤติกรรมองค์การ						
ระดับต่ำ-ปานกลาง	16	7(43.75)	9(56.25)	1	1	<0.001
ระดับสูง	242	217(89.67)	25(10.33)	11.16	3.82-32.56	

5.2 วิเคราะห์คราวละหลายตัวแปร (Multivariable Analysis) ด้วยสถิติ Multiple Logistic Regression โดยใช้เทคนิค Backward Elimination เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายฯ เขตสุขภาพที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 3 ตัวแปร ดังนี้

1) สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการ

ดำเนินงานเครือข่ายฯ เขตสุขภาพที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่มีโอกาสปฏิบัติงานในระดับสูง เป็น 4.45 เท่า ของผู้ที่สมรส (Adjusted OR = 4.45, 95%CI = 1.84-10.72, p-value =0.001) เมื่อควบคุมตัวแปรแรงจูงใจและพฤติกรรมองค์การแล้ว

2) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายฯ เขตสุขภาพที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับสูงมีโอกาสปฏิบัติงานในระดับสูง เป็น 5.94 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับต่ำ-ปานกลาง (Adjusted OR = 5.94, 95%CI = 2.23-15.80, P-value=<0.001) เมื่อควบคุมตัวแปรสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมองค์การแล้ว

3) พฤติกรรมองค์การ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายฯ เขตสุขภาพที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมองค์การ ในระดับสูงมีโอกาสปฏิบัติงานในระดับสูง เป็น 4.12 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมองค์การในระดับต่ำ-ปานกลาง (Adjusted OR = 4.12, 95%CI = 1.21-14.01, P-value = 0.023) เมื่อควบคุมตัวแปรสถานภาพสมรสและแรงจูงใจแล้ว

ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มระดับการปฏิบัติงานออกเป็น 2 กลุ่มเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการแปลผลและการนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา กรณีหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายฯ ของบุคลากรทางการศึกษา เขตสุขภาพที่ 7

โมเดลมีความเหมาะสมดี (Hosmer-Lemeshow Chi^2 = 4.24, df = 4, p = 0.375) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี เขตสุขภาพที่ 7 วิเคราะห์คราวละหลายตัวแปร Multivariable Analysis (n= 258 คน)

ปัจจัย	จำนวน	ระดับการปฏิบัติงานฯ		Crude OR	Adjusted OR	95% CI	P-value
		สูง	ต่ำและปานกลาง				
1. สถานภาพสมรส							
สมรส	108	84(77.78)	24(22.22)	1	1	1	0.001
โสด หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	150	140(93.33)	10(6.67)	4.00	4.45	1.84-10.72	

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี เขตสุขภาพที่ 7 วิเคราะห์คราวละหลายตัวแปร Multivariable Analysis (n= 258 คน) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ระดับการปฏิบัติงานฯ		Crude OR	Adjusted OR	95% CI	P-value
		สูง	ต่ำและปานกลาง				
2. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน							
ต่ำ-ปานกลาง	35	21(60.00)	14(40.00)	1	1	1	<0.001
สูง	223	203(91.03)	20(8.97)	6.76	5.94	2.23-15.80	
3. พฤติกรรมองค์การ							
ต่ำ-ปานกลาง	16	7(43.75)	9(56.25)	1	1	1	0.023
สูง	242	217(89.67)	25(10.33)	11.16	4.12	1.21-14.01	

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรทางการศึกษามีระดับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานเครือข่ายฯ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 86.82) ซึ่งอาจอธิบายได้จากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ การมีแรงจูงใจระดับสูง (ร้อยละ 86.43) โดยเฉพาะด้านความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 46.90) และความรู้สึกว่างานที่ทำก่อให้เกิดประโยชน์แก่โรงเรียน (ร้อยละ 44.96) ประกอบกับพฤติกรรมองค์การที่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 93.80) โดยเฉพาะด้านการช่วยเหลือเกื้อกูลในทีม (ร้อยละ 44.96) ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนว่าบรรยากาศการทำงานที่เอื้ออำนวยและการสนับสนุนจากผู้บริหารและเพื่อนร่วมงานเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรุณศรี พลวงษา[10] ที่พบว่าปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของครูด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในการดำเนินงานเครือข่ายฯ เขตสุขภาพที่ 7 มีดังนี้

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน โดยบุคลากรที่มีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยก มีโอกาสปฏิบัติงานระดับสูง เป็น 4.45 เท่าของผู้ที่สมรส (Adjusted OR = 4.45, 95%CI = 1.84-10.72, p = 0.001) อาจเนื่องจากบุคลากรกลุ่มนี้มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการเวลาและไม่มีภาระด้านครอบครัว ทำให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมวางแผน ติดตาม และประสานงานกับภาคีเครือข่ายได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับทฤษฎีความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวของ Greenhaus and Beutell [13]และทฤษฎีการรักษาทรัพยากรของ Hobfoll ซึ่งชี้ว่าภาระบทบาทครอบครัวอาจลดทรัพยากรด้านเวลาและพลังงานที่ใช้ในการทำงาน โดยเฉพาะในบริบทสังคมไทยที่ผู้หญิงสมรสมักมีภาระงานครัวเรือน

สูง ขณะที่งานเครือข่ายฯ ต้องอาศัยความยืดหยุ่นด้านเวลาและการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ[14]

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงสุดกับการปฏิบัติงาน (Adjusted OR = 5.94, 95%CI = 2.23-15.80, p-value< 0.001) ผลนี้สอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัยที่อธิบายว่าปัจจัยจูงใจ (Motivator Factors) เช่น ความสำเร็จในงาน การได้รับการยอมรับนับถือ และลักษณะงานที่มีความหมายเป็นแรงขับเคลื่อนภายในที่ส่งผลโดยตรงต่อความมุ่งมั่นและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ในขณะที่ปัจจัย ค้ำจุน (Hygiene Factors) เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพแวดล้อมในการทำงาน และนโยบายองค์กร ช่วยป้องกันความไม่พึงพอใจ[9]

พฤติกรรมองค์การ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR = 4.12, 95%CI = 1.21-14.01, p-value = 0.023) ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือค่า Crude OR อยู่ที่ 11.16 แต่เมื่อควบคุม ตัวแปรสถานภาพสมรสและแรงจูงใจแล้ว ลดลงเป็น 4.12 (ลดลงร้อยละ 63) แสดงว่าความสัมพันธ์บางส่วนถูกอธิบายร่วมโดยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตามแม้หลังควบคุมตัวแปรแล้ว พฤติกรรมองค์การยังคงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ยืนยันว่ามีอิทธิพลอิสระต่อการปฏิบัติงาน ในบริบทของเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีซึ่งต้องอาศัยการประสานงานระหว่างโรงเรียน หน่วยงานสาธารณสุข และชุมชน พฤติกรรมองค์การที่ดีจึงเป็นปัจจัยเอื้อที่ขาดไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านการบริหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติงานของครูด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี (r = 0.739, p-value<0.001) โดยเฉพาะปัจจัยการบริหารด้านกำลังคน มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมากที่สุด (r = 0.706, p-value<0.001)[10]

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร ทั้งด้านการยกย่องชมเชย ความก้าวหน้าในวิชาชีพ และการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ควบคู่กับการพัฒนาพฤติกรรมองค์การที่สนับสนุนการทำงานเป็นทีม โดยส่งเสริมการสื่อสาร ความร่วมมือ และความไว้วางใจระหว่างบุคลากร นอกจากนี้ ควรบริหารจัดการภาระงานให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล และจัดอบรมพัฒนาศักยภาพด้านการดำเนินงานเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีแก่บุคลากรอย่างทั่วถึง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายและทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยด้านแรงจูงใจและพฤติกรรมองค์การที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน และขยายกรอบแนวคิดการวิจัยให้ครอบคลุมปัจจัยเพิ่มเติม เช่น ภาวะผู้นำ การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วมของชุมชน และวัฒนธรรมองค์การ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น หัวหน้าหน่วยทันตสาธารณสุข และบุคลากรทางการศึกษา ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on oral health 2022 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2026 Jun 10]. Available from: https://www.who .int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2567.
3. ณัฐนันท์ วัฒนอเนก, ณัฐกฤตา ผลอ้อ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2568;17(2):83-5.
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. คู่มือการประเมินเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2566.
5. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย. รายงานสรุปผลการดำเนินงานหน่วยทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2568. ขอนแก่น: ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น; 2568.
6. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. เกณฑ์พัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี (ฉบับปรับปรุงปี 2564). นนทบุรี: กรมอนามัย; 2564.
7. Fayol H. General and industrial management. Storrs C, translator. London: Pitman Publishing; 1949.
8. Gulick L. Notes on the theory of organization. In: Gulick L, Urwick L, editors. Papers on the science of administration. New York: Institute of Public Administration; 1937. p. 3-45.
9. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. The motivation to work. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1959.
10. อรุณศรี พลวงษา. ปัจจัยบริหารที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของครูด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2566;37(4):14-25.
11. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998;17(14):1623-34. doi:10.1002/(SICI)1097-0258(19980730)17:14<1623::AID-SIM871>3.0.CO;2-S.
12. Best JW. Research in education. 4th ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1981.
13. Greenhaus JH, Beutell NJ. Sources of conflict between work and family roles. Acad Manage Rev. 1985;10(1):76-88.
14. Hobfoll SE. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. Am Psychol. 1989;44(3):513-24. doi:10.1037/0003-066X.44.3.513.

ความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนในระยะก่อนการผ่าตัดหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จุฑารัตน์ ตาดำ[1],พรพิมล สินเธาว์ [2*],วิภาพร พลับนิล[3]

(วันที่รับบทความ: 10 เมษายน 2569, วันที่แก้ไข: 24 มิถุนายน 2569, วันที่ตอบรับ: 25 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนในระยะก่อนการผ่าตัดหัวใจ ของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรคือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนในระยะก่อนการผ่าตัดหัวใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนในระยะก่อนการผ่าตัดหัวใจ ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าในช่วง เดือนธันวาคม2568 ถึง มีนาคม 2569 ทั้งหมดจำนวน 48 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST - 20) และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory, SAI Form Y-1) ของ Spielberger มีค่าความเชื่อมั่นคอร์นบาค (Cronbach s alpha reliability coefficient) 0.7 และ 0.89 ตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนในระยะก่อนการผ่าตัดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.50 (Mean = 35.00 , SD = 4.03) ความเครียดระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 37.50 (Mean = 46.55 , SD = 3.23) คะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 56.25 (Mean = 37.25 , SD = 2.96) คะแนนความวิตกกังวลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.75 (Mean = 47.42 , SD = 4.43) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่พยาบาลควรเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการการพยาบาล ได้แก่การประเมินครอบครัว ให้ความรู้ จัดโปรแกรมสนับสนุนช่วยเหลือและดูแลด้านจิตใจแก่ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแลซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ : โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อน, ความเครียด, ความวิตกกังวล

[1,2]พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ, [3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

[(1-3)]ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding author: พรพิมล สินเธาว์ email: Phornsi@kku.ac.th

Stress and Anxiety of Caregiver Complex Congenital heart disease prior to cardiac surgery at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast

Jutharat tadum[1], Phornphimon sintaw[2*], Wipaporn plubnil[3]

(Received: 10th April 2026, Revised: 24th June 2026, Accepted: 25th June 2026)

Abstract

This research is a descriptive study to investigate the levels of stress and anxiety among caregivers of pediatric patients with complex congenital heart disease during the pre-cardiac surgery period at the Sirikit Heart Center, Northeastern Thailand. The population consisted of caregivers of pediatric patients with complex congenital heart disease during the pre-cardiac surgery period, selected using purposive sampling based on inclusion criteria between December 2025and March 2026, totaling 48 individuals. Data were collected using a personal data record form, the Department of Mental Health's Stress Questionnaire (SPST-20), and the Spielberger State Anxiety Inventory (SAI Form Y-1), with Cronbach's alpha reliability coefficients of 0.7 and 0.89, respectively.

The results showed that the stress level of caregivers of pediatric patients with complex congenital heart disease during the pre-cardiac surgery period was moderate, accounting for 62.50% (Mean = 35.00, SD = 4.03). High levels of stress were also observed. 37.50% (Mean = 46.55, SD = 3.23) had low anxiety scores, 56.25% (Mean = 37.25, SD = 2.96) had moderate anxiety scores, and 43.75% (Mean = 47.42, SD = 4.43) had moderate anxiety scores. This study highlights the need for nurses to be more involved in nursing care, including family assessment, education, and ongoing support and psychological care programs for families to reduce stress and anxiety among caregivers, which in turn impacts patient care.

Keyword: Complex congenital heart disease, stress, anxiety

[1,2]Registered Nurse (Practitioner Level) , [3]Registered Nurse (Professional Level),

[(1-3)]Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

*Corresponding author: Phornphimon sintaw email: Phornsi@kku.ac.th

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Disease) นับเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบมากในเด็ก ซึ่งอุบัติการณ์ของภาวะดังกล่าวคิดเป็นประมาณ 8 ราย ต่อประชากรเด็กคลอดมีชีวิต 1,000 คน และครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นเด็กที่มีอาการ ในปัจจุบันพบว่าการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ การรักษาด้วยยาและการศัลยกรรมอย่างทันท่วงทีมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการควบคุมอาการและเพิ่มอัตราการรอดชีวิต[1] โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติ ซึ่งถือเป็นหัตถการหลักในการรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดบางชนิดให้หายขาดได้ แต่เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนของกุมารแพทย์โรคหัวใจและศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจและหลอดเลือดทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต้องรอผ่าตัดเป็นระยะเวลานาน บางรายต้องรอเกือบ 2 ปี[2] ส่งผลให้มีผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจประมาณร้อยละ 5 เสียชีวิตระหว่างรอผ่าตัดเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนหัวใจล้มเหลวและปอดติดเชื้อ ซึ่งเป็นสาเหตุของอัตราการตายที่สูงที่สุด[3] ด้วยเหตุนี้หลักของการบริบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจ คือการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเตรียมความพร้อมทางร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้จนกว่าจะได้รับการผ่าตัดแก้ไขในเวลาที่เหมาะสม

การผ่าตัดรักษาจะมีอันตรายมากหรือน้อยจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัดและพยาธิสภาพของโรค โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจัดเป็นโรคที่มีความรุนแรงซึ่งส่งผลให้บิดามารดาของเด็กเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในผลลัพธ์การรักษาและการรอดชีวิตของบุตร[4]แผนการรักษาหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดหลังการผ่าตัดจะมีผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดและสำคัญที่สุดสำหรับมนุษย์ ที่มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิด มีความรักซึ่งกันและกัน ดังนั้นเมื่อบทบาทของสมาชิกคนใดคนหนึ่งเปลี่ยนแปลงไป จะมีผลกระทบต่อบทบาทของสมาชิกคนอื่น ๆ ด้วย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะก่อให้เกิดความเครียดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง มักก่อให้เกิดความเครียดขึ้นทั้งกับตัวผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ระดับความเครียดจะยิ่งสูงขึ้นหากการเจ็บป่วยนั้นรุนแรงขึ้นจนต้องรับการรักษาตัวอยู่ในไอซียู ความเครียดและความวิตกกังวลของลูกที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลของมารดาที่แสดงออก[5] การผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่งผลกระทบต่อครอบครัวในหลาย ๆ ด้าน ประกอบด้วย การใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางความเครียดและความวิตกกังวลต่อภาวะวิกฤตของโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจและความกดดันในการเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยเด็ก มีข้อจำกัดเรื่องเงิน อาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลที่ไม่ได้ไปไหนหรือไม่มีโอกาสไปพักผ่อนและทำกิจกรรม และมีผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ที่อาศัยในบ้านเดียวกัน เช่น บิดาและพี่น้องของเด็กอีกด้วย[6]

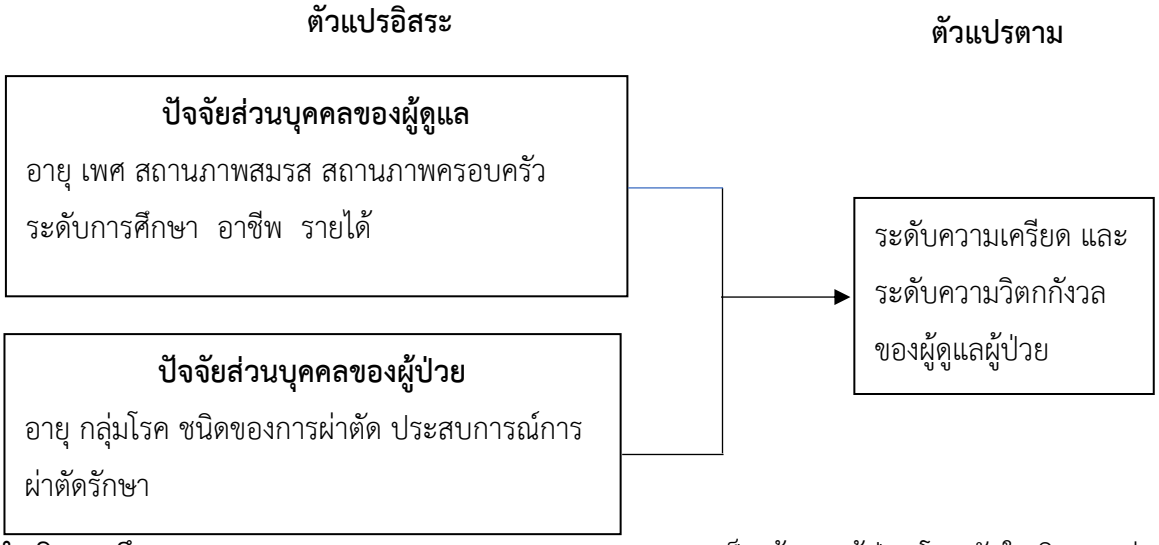
ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ให้บริการดูแลผ่าตัดรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในปีงบประมาณ 2566-2567 จำนวน 120 ราย และ 135 ราย ตามลำดับ สถิติการผ่าตัดหัวใจส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดรักษาในกลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อน[7] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบริบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ซึ่งจัดเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิตนั้น ส่งผลกระทบเชิงลบต่อพ่อแม่และสมาชิกทุกคนในครอบครัว ทั้งในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ ความเครียดของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นประเด็นที่มีความซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อผู้ปครองทั้งด้านความสุขและภาวะสุขภาพ การเข้าใจและการสนับสนุนจากครอบครัวรวมถึงการรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ เป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้ผู้ปกครองสามารถจัดการกับความเครียดและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ และเพื่อให้เด็กมีสุขภาพ และมีชีวิตความเป็นอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ส่งผลให้เกิดความเครียดแก่ผู้ปกครองของเด็กตามไปด้วย อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดค่อนข้างมีน้อยมากและยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาการรับรู้และสะท้อนการรับรู้และประสบการณ์ของครอบครัวเกี่ยวกับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในกลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงระดับความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนในระยะก่อนการผ่าตัด เพื่อที่จะได้นำผลการวิจัยดังกล่าวมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลอันจะนำไปสู่การลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนในระยะก่อนการผ่าตัดหัวใจที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดด้านความวิตกกังวลของ Spielberger and Krasner กล่าวคือ มนุษย์มีอารมณ์เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่คุกคามตนเอง อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง เกิดความรู้สึกหวาดกลัวไม่มั่นใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความตึงเครียด กระวนกระวายใจ เป็นทุกข์ไม่สบายใจ และวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์และอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับสภาพจิตใจของตนเอง สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนที่จะได้รับการผ่าตัดรักษา ซึ่งมีการเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนหรืออาจจะเคยมีประสบการณ์มาก่อน ย่อมทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและความไม่แน่นอนในผลลัพธ์การผ่าตัด ส่งผลทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้



วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนในระยะก่อนการผ่าตัดหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนในระยะก่อนการผ่าตัดหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนในระยะก่อนการผ่าตัดหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ภายหลังผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงเดือน ธันวาคม ถึง มีนาคม 2569 ทั้งหมดจำนวน 48 ราย โดยอาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังชนิดซ้ำซ้อนมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน ที่มารับการรักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ขึ้นไป

2) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อน ที่วางแผนการการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วนหรือแบบนัดหมายล่วงหน้า

3) ผู้ดูแลผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4) สามารถพูด อ่าน เขียน หรือสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

5) เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความสัมพันธ์โดยตรงหรือโดยอ้อมกับผู้ป่วยหรือผู้มีสิทธิ์ชอบธรรมทางกฎหมายในการดูแลผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่วางแผนการผ่าตัดแบบเร่งด่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย อายุ เพศ ผู้ดูแลผู้ป่วย สถานภาพสมรส สถานภาพครอบครัว (สมาชิกครอบครัว หัวหน้าครอบครัว) ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นการตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 บันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย อายุ กลุ่มโรค ชนิดของการผ่าตัด ประสบการณ์การผ่าตัดรักษา โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นการตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST - 20) แบบวัดความเครียด Suanprung Stress Test-20 (SPST-20) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ใช้วัดระดับความเครียดของผู้ดูแล ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม โดยแต่ละข้อมีคำตอบที่เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จาก“ไม่เคย” ถึง “มีมากที่สุด” เพื่อให้สะท้อนระดับความเครียดที่ผู้ตอบประสบในช่วงเวลาหนึ่ง เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คะแนนรวม 20-23 หมายถึงมีความเครียดระดับน้อย คะแนน 24-41 หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง คะแนน 42-61 หมายถึงมีความเครียดระดับสูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 62 คะแนน หมายถึงมีความเครียดระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory, SAI Form Y-1) ของ Spielberger และคณะ ที่สร้างใน ปี ค.ศ. 1977 และบุญเพียร จันทวัฒนา และคณะ นำมาแปลเป็นภาษาไทย จำ นวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อเป็นข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ข้อคำถามด้านบวกให้ 4 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย 3 คะแนน หมายถึง มีบ้าง 2คะแนน หมายถึง ค่อนข้างมาก 1 คะแนน หมายถึง มากที่สุด และข้อคำถามด้านลบให้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย 2 คะแนน หมายถึง มีบ้าง 3 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างมาก 4 คะแนน หมายถึง มากที่สุด พิสัยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คะแนนรวม 20 หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล คะแนนรวม 21-40 หมายถึงมีความวิตกกังวลต่ำ คะแนนรวม 41-60 หมายถึงมีความวิตกกังวลปลานกลาง คะแนนรวม 61-80 หมายถึงมีความวิตกกังวลสูง

การตรวจสอบคุณภาพ

แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) ฉบับภาษาไทยโดยบุญเพียร จันทวัฒนา และคณะ แบบสอบถามความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST - 20) ผู้วิจัยไม่ได้ประยุกต์หรือดัดแปลงแก้ไขเนื้อหา จึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ แบบสอบถามความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST - 20) มีค่าความเชื่อมั่นคอร์นบาค (Cronbach s alpha reliability coefficient) มากกว่า 0.7 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) มีค่าความเชื่อมั่นคอร์นบาค (Cronbach s alpha reliability coefficient) เท่ากับ 0.89 ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปหาค่าความเชื่อมั่นซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะของข้อมูล และตอบ

วัตถุประสงค์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็ก วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับตามเกณฑ์การแปลผลของเครื่องมือ เพื่ออธิบายความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนในระยะก่อนการผ่าตัด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ชุดที่ 1 เลขที่ HE681697 ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2569

ผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.75 เพศชาย ร้อยละ 31.25 อายุเฉลี่ย 36.08 ปี (SD.= 8.07) สถานภาพสมรสสูงสุด คือคู่ ร้อยละ 81.25 รองลงมาคือ หย่าร้าง ร้อยละ 10.41 และหม้าย ร้อยละ 8.33 มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 62.50 ระดับการศึกษา สูงสุด คือมัธยมศึกษา/อนุปริญญา ร้อยละ 56.25 รองลงมาคือ ประถมศึกษา/ต่ำกว่า ร้อยละ 12.50 อาชีพของผู้ดูแล สูงสุด คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 37.50 รองลงมาคือ เกษตรกร ร้อยละ 27.08 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สูงสุดคือ 10,000 – 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 47.92 รองลงมาคือ 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 35.42 ส่วนข้อมูลของผู้ป่วยพบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย คือ 8 ปี (SD.=4.70) เป็นกลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ร้อยละ 56.25 และเป็นกลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว ร้อยละ 43.75 เป็นการผ่าตัดครั้งแรก ร้อยละ 81.25 และเป็นการผ่าตัดครั้งที่ 2 ร้อยละ 18.75 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็ก ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยเด็ก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (N=48)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	31.25
หญิง	33	68.75
อายุของผู้ดูแล (ปี)	Mean = 36.08	SD = 8.07
สถานภาพสมรส		
โสด	0	0.00
คู่	39	81.25

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็ก ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยเด็ก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (N=48) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
หม้าย	4	8.33
หย่าร้าง	5	10.42
สถานภาพครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	18	37.50
สมาชิกในครอบครัว	30	62.50
ระดับการศึกษาของผู้ดูแล		
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	6	12.50
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	27	56.25
ปวช./ปวส.	10	20.83
ปริญญาตรี	5	10.42
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00
อาชีพของผู้ดูแล		
ไม่ได้ทำงาน	5	10.42
เกษตรกร	13	27.08
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9	18.75
รับจ้างทั่วไป	18	37.50
รับราชการ	3	6.25
อื่น ๆ	0	0.00
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
5,000 – 10,000	17	35.42
10,000 – 15,000	23	47.92
15,000 – 20,000	4	8.33
20,000 – 25,000	1	2.08
25,000 – 30,000	1	2.08
มากกว่า 30,000	2	4.17
อายุของผู้ป่วย (ปี)	Mean = 8.00 SD = 4.70	

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็ก ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยเด็ก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (N=48) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด		
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว	27	56.25
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว	21	43.75
ประสบการณ์การผ่าตัด		
เป็นการผ่าตัดครั้งแรก	39	81.25
เป็นการผ่าตัดครั้งที่ 2	9	18.75
เป็นการผ่าตัดมากกว่าครั้งที่ 2	0	0.00

ส่วนที่ 2 คะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนในระยะก่อนการผ่าตัด พบว่า ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.50 (Mean = 35 , SD = 4.03) ความเครียดระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 37.50 (Mean = 46.55 , SD = 3.23) ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย

	จำนวน	Mean	SD	ร้อยละ	แปลผล
คะแนนรวม 20-23	0	0	0	0.00	ระดับน้อย
คะแนนรวม 24-41	30	35	4.03	62.50	ระดับปานกลาง
คะแนนรวม 42-61	18	46.55	3.23	37.50	ระดับสูง
คะแนนรวมตั้งแต่ 62 ขึ้นไป	0	0	0	0.00	ระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 คะแนนรวมความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนในระยะก่อนการผ่าตัด พบว่า ความวิตกกังวลระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 56.25 (Mean = 37.25 , SD = 2.96) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.75 (Mean = 47.42 , SD = 4.43) ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ดูแลผู้ป่วย

	จำนวน	Mean	SD	ร้อยละ	แปลผล
คะแนนรวม 20	0	0	0	0.00	ไม่มีความวิตกกังวล
คะแนนรวม 21-40	27	37.25	2.96	56.25	มีความวิตกกังวลต่ำ

ตารางที่ 3 คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ดูแลผู้ป่วย (ต่อ)

	จำนวน	Mean	SD	ร้อยละ	แปลผล
คะแนนรวม 41-60	21	47.42	4.43	43.75	มีความวิตกกังวลปานกลาง
คะแนนรวม 61-80	0	0	0	0.00	มีความวิตกกังวลสูง

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาระดับความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนในระยะก่อนการผ่าตัดหัวใจของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ พบว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.50 (Mean = 35.00 , SD = 4.03) ความเครียดระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 37.50 (Mean = 46.55 , SD = 3.23) ความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 56.25 (Mean = 37.25 , SD = 2.96) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.75 (Mean = 47.42 , SD = 4.43) จากข้อมูลทั่วไปพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.75 เพศชาย ร้อยละ 31.25 อายุเฉลี่ย 36.08 ปี สถานภาพสมรสสูงสุด คือคู่ ร้อยละ 81.25 รองลงมาคือ หย่าร้าง ร้อยละ 10.41 และหม้าย ร้อยละ 8.33 มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 62.50 ระดับการศึกษา สูงสุดคือมัธยมศึกษา/อนุปริญญา ร้อยละ 56.25 รองลงมาคือ ประถมศึกษา/ต่ำกว่า ร้อยละ 12.50 อาชีพของผู้ดูแล สูงสุด คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 37.50 รองลงมาคือ เกษตรกร ร้อยละ 27.08 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนสูงสุดคือ 10,000 – 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 47.92 รองลงมาคือ 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 35.42 สอดคล้องกับ ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเผชิญกับระดับความเครียดที่สูงกว่าครอบครัวที่ดูแลเด็กที่มีความพิการแต่กำเนิดในร่างกายส่วนอื่น ๆ โดยผลกระทบทางจิตใจนี้เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย[8,9] และจากการศึกษาของอรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์และคณะ[6] จากผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจที่มีต่อครอบครัว พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีภาวะเครียดและวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญต่อการรับรู้ภาวะวิกฤตของโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของเด็กเครียดและกังวลกับการผ่าตัดหัวใจ เครียดและกังวลกับการเฝ้าระวังอาการของเด็ก ครอบครัวที่มีเศรษฐานะต่ำมักเผชิญกับภาวะเครียดและวิตกกังวลด้านข้อจำกัดทางการเงินอย่างฉับพลัน นับตั้งแต่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจส่งผลกระทบโดยตรงต่อเสถียรภาพทางการเงินของครอบครัว นอกจากนี้ ในบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย 'หัวใจ' ถูกรับรู้ว่าเป็นอวัยวะสำคัญยิ่งที่แสดงถึงการมีชีวิต อีกทั้งยังมีความเชื่อดั้งเดิมว่าโรคหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายและมักพบเฉพาะในผู้ใหญ่ ด้วยเหตุนี้ เมื่อพบภาวะดังกล่าวในผู้ป่วยเด็ก ครอบครัวจึงเกิดความกลัวและวิตกกังวลอย่างสูงต่อโอกาสในการรอด

ชีวิตของผู้ป่วย ผลกระทบทางจิตอารมณ์นี้เกิดขึ้นกับครอบครัวในระดับที่สูง โดยไม่ได้แปรผันตามระดับความรุนแรงของโรคหรือรูปแบบของการผ่าตัด ทั้งนี้ ความวิตกกังวลและความเครียดจะยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นเมื่อครอบครัวตระหนักว่าผู้ป่วยเด็กจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดหัวใจ แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจรักษาในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีชื่อเสียงหรือมีความเชี่ยวชาญระดับสูงแล้วก็ตามทั้งนี้อธิบายได้ว่าครอบครัวมีเครียดวิตกกังวลและมีผลต่อกับการรอดชีวิตของเด็กและคุณภาพชีวิตของเด็ก[10]

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนในระยะก่อนการผ่าตัดหัวใจมีความเครียดในระดับสูง ร้อยละ 37.50 และมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ร้อยละ 43.75 ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยควรเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการทางการพยาบาล โดยการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย โดยออกแบบกระบวนการพยาบาลเพื่อลดระดับความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะก่อนการผ่าตัดอย่างเป็นระบบ เช่น พยาบาลควรประเมินปัญหา ประเมินความรู้สึก ความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ดูแล และให้การดูแลประคับประคองทางด้านจิตใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและแนวทางการผ่าตัดรักษา โดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนและให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่าย อาจใช้สื่อประกอบในการให้ข้อมูล เช่น การใช้ภาพสี สื่อมัลติเดียหรือโมเดลหัวใจ พร้อมให้เอกสารแผ่นพับหรือสื่อออนไลน์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมากยิ่งขึ้น หรือในช่วงระหว่างรอการผ่าตัดหัวใจ พยาบาลควรให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย และกระบวนการดูแลควรเน้นการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการบริบาลอย่างสูงสุด พร้อมกันนี้ควรจัดให้มีช่องทางการสื่อสารและการให้คำปรึกษาที่เข้าถึงง่าย รวมถึงการประสานงานช่วยเหลือผ่านระบบโทรศัพท์ และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งทุนหรือสวัสดิการสงเคราะห์ทางการเงินที่เหมาะสมแก่ครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. Laohaprasitiporn D, Nana A, Durongpisitkul K,Soongsawang J, kangkagate C, Wansanit K, et al. Heart disease in children: Siriraj Hospital. Thai Heart J. 1999;12(3):73-81.

2.Khongphattanayothin A, Layangool T,Sittiwangkul R, Pongprot Y, Leartsapchareon P, Mokarapong P. Pediatric Heart Surgery Waiting Time in Thailand and Its Effect on Mortality: A Cooperative Study from Chulalongkorn, Children and Chiang Mai University Hospitals. J Med Assoc Thai.2005;88(Suppl 4):S23-9.

3.Laohaprasitiporn D. Congestive Heart Failure.In: Soongsawang J, Aunpreung P,Wisuthseriwong W, Srisupap P, Limprayoon K, editors. The Essential in

Pediatric Emergency. Bangkok: How and Do; 2006. p. 45-56.

4.อรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์, และ รัตนาวดี ชอนตะวัน. การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจ: ผลกระทบต่อครอบครัว.วารสารพยาบาลศาสตร์, 29(Suppl2):7-18.

5.สุชญาดา ขุนเสถียร วรรณา อาราเม ปราณี ทองใส และถาวร ทรัพย์ทวีสิน. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลในมารดา/ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กาเนิดในภาวะวิกฤตภายหลังผ่าตัด. วารสารพยาบาลศิริราช. ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2555.

6.อรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์ รัตนาวดี ชอนตะวัน. การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจ:ผลกระทบต่อครอบครัว. Journal of Nursing Science Vol 29 Suppl 2 July-September 2011.

7. ฐานข้อมูลและสถิติผู้ป่วย ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น [เข้าถึงข้อมูลวันที่ 18 สิงหาคม 2568]

8. Lawoko S, Soares JJF. Distress and hopelessness among parents of children with congenital heart disease, parents of children with other diseases, and parents of healthy children. J Psychosom Res. 2002;52:193-208.

9. Srichantaranit A, Chontawan R, Yenbut J, Ray L, Laohaprasitiporn D, Wanitkun S. Thai Families' Caring Practices for Infants with Congenital Heart Disease prior to Cardiac Surgery. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2010;14(1):61-78.

10. Horn MV, DeMaso DR, Gonzalez-Heydrich J, Erickson JD. Illness-related concerns of mothers of children with congenital heart disease. J Am Acad Child Psy.2001;40:847-54.

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง ที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ชลิดา ขันธวิชัย[1],สีหะพงษ์ เพชรรัตน์[2],ฉัตรชนก อุประ[3*]

(วันที่รับบทความ: 13 กุมภาพันธ์ 2569, วันที่แก้ไข: 25 มิถุนายน 2569, วันที่ตอบรับ: 26 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง ที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive design) จัดทำขึ้นเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมุ่งหวังนำผลลัพธ์ไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบระบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีหลังการรักษา การศึกษาดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 59 ราย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค Emphasis 10 score (EmPHasis-10) ซึ่งผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) ที่ระดับ 0.99 และวิเคราะห์ผลลัพธ์ทั้งหมดโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยคะแนนคุณภาพชีวิตภาพรวม X= 14.07 , SD 9.74 ผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือมีช่วงคะแนนคุณภาพชีวิต 0-16 คะแนน มีร้อยละ 57.63 (X=7.55 , SD 5.01) ผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง คือมีช่วงคะแนนคุณภาพชีวิต 17-33 คะแนน มีร้อยละ 40.68 (X=22.91 , SD 4.17) และผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ คือมีช่วงคะแนนคุณภาพชีวิต 34-50 คะแนน มีร้อยละ 1.69 (X=40 , SD 0.00) จึงควรส่งเสริมให้กลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตปานกลางให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง, คุณภาพชีวิตผู้ป่วย, แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค Emphasis 10 score

[1,3]พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

[2]แพทย์ชำนาญการพิเศษ (กุมารแพทย์โรคหัวใจ)

[(1,2,3)]ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding author: ฉัตรชนก อุประ email: chatchanokupara@gmail.com

Quality of life of patient in Congenital heart disease with Pulmonary arterial hypertension at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast

Chalida Khantawichai [1], Seehapong Phetcharat[2], Chatchanok upara[3*]

(Received: 13th February 2026, Revised: 25th June 2026, Accepted: 26th June 2026)

Abstract

The study, "Quality of life of patient in Congenital heart disease with Pulmonary arterial hypertension at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast," utilized a cross-sectional descriptive design. It was conducted to assess the quality of life of patients with congenital heart disease and pulmonary arterial hypertension receiving treatment at the center, with the aim of applying the findings to design a healthcare service system that promotes post-treatment well-being. The study was conducted on a sample of 59 patients, selected via purposive sampling. Data were collected using a personal information questionnaire and a disease-specific quality of life questionnaire, the Emphasis 10 score (EmPHasis-10), which demonstrated a high reliability with an Intraclass Correlation Coefficient (ICC) of 0.99. All data were analyzed using descriptive statistics.

The study results showed that most patients had a good quality of life, with an overall quality of life score of X=14.07, SD 9.74. Patients with a good quality of life (scores between 0-16) accounted for 57.63% (X=7.55, SD 5.01). Patients with a moderate quality of life (scores between 17-33) accounted for 40.68% (X=22.91, SD 4.17), and patients with a low quality of life (scores between 34-50) accounted for 1.69% (X=40, SD 0.00). Therefore, it is recommended to promote improved quality of life for patients with moderate quality of life.

Keyword: Congenital Heart Disease with pulmonary arterial hypertension, Quality of Life, Emphasis 10 score

[1,3]Registered Nurse (Practitioner Level)

[2]Specialist Physician (Pediatric Cardiologist)

[(1,2,3)]Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

*Corresponding author: Chatchanok upara email: chatchanokupara@gmail.com

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Disease: CHD) นับเป็นความผิดปกติทางโครงสร้างของหัวใจที่พบได้บ่อยที่สุดตั้งแต่แรกเกิด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มทารกและเด็กของประเทศกำลังพัฒนา ข้อมูลสถิติชี้ให้เห็นว่าอุบัติการณ์ของโรคนี้ในทารกแรกเกิดทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 0.8-1.2[1] โดยทวีปเอเชียมีอัตราการพบผู้ป่วยสูงถึง 9.3 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 ราย (เปรียบเทียบกับอเมริกาเหนือและยุโรปที่ 6.9 และ 8.2 รายตามลำดับ)[2] สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ประมาณ 8-10 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 ราย (ร้อยละ 0.8-1.0) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีอาการเขียว (Acyanotic congenital heart disease) มากกว่ากลุ่มที่มีอาการเขียว[3]

พยาธิสภาพที่พบบ่อยในกลุ่มไม่มีอาการเขียว ได้แก่ ความผิดปกติของผนังกั้นหัวใจห้องล่าง (Ventricular Septal Defect: VSD) ซึ่งพบมากที่สุด ความผิดปกติของผนังกั้นหัวใจห้องบน (Atrial Septal Defect: ASD) และการเปิดค้างของหลอดเลือด (Patent Ductus Arteriosus: PDA) ความผิดปกติเหล่านี้ส่งผลให้เกิดช่องทางลัดวงจรของเลือดจากซ้ายไปขวา (Left-to-right shunt) ทำให้เลือดแดงปนกับเลือดดำและปริมาณเลือดไหลเวียนเข้าสู่ระบบหลอดเลือดปอดมากเกินความจำเป็น[4]

ภาวะเลือดคั่งในปอดดังกล่าว หากปล่อยไว้ย่อมนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและรุนแรง นั่นคือ ภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง (Pulmonary Arterial Hypertension: PAH) ซึ่งทางการแพทย์นิยามภาวะนี้เมื่อผู้ป่วยมีความดันเฉลี่ยหลอดเลือดแดงปอด (Mean pulmonary artery pressure) ขณะพักมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าแรงต้านในหลอดเลือดปอด (Pulmonary vascular resistance) ตั้งแต่ 3 Wood units ขึ้นไปที่ระดับน้ำทะเล ผู้ป่วยจะเผชิญกับกลุ่มอาการที่บั่นทอนชีวิตประจำวัน เช่น หายใจไม่อิ่ม เหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก และหน้ามืดเป็นลม[5] แม้รายงานในต่างประเทศจะพบอุบัติการณ์ PAH ในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เพียง 2.2 ต่อล้านคนต่อปี (ความชุก 15.6 ต่อล้านคนต่อปี)[6] แต่ภาวะนี้กลับเป็นปัจจัยคุกคามหลักที่ลดทอนประสิทธิภาพการรักษา อัตราการรอดชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างรุนแรง ซึ่งหากไม่ได้รับการคัดกรองและรักษาอย่างทันท่วงทีมักนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด[4]

ข้อมูลสถิติจากศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์การเจ็บป่วยที่ซับซ้อนของกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดร่วมกับภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง โดยระหว่างปี พ.ศ. 2563 ถึง 2565 มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 179, 178 และ 185 รายตามลำดับ เฉพาะในปี 2565 พบว่าผู้ป่วยกว่าร้อยละ 60 มีระดับความรุนแรงของโรคตั้งแต่ NYHA Class II ขึ้นไป แม้ผู้ป่วยถึงร้อยละ 90 จะมารับการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง และร้อยละ 50 ต้องใช้ยาลดความดันหลอดเลือดแดงปอดร่วมกันตั้งแต่ 2 ขนานขึ้นไป แต่ยังคงพบอัตราการป่วยซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อาทิ ภาวะหัวใจซีกขวา

ล้มเหลว (6 ราย) หัวใจเต้นผิดจังหวะ (6 ราย) ระบบการทำงานของหัวใจและหายใจล้มเหลว (3 ราย) การเข้ารับการรักษาโดยไม่ได้วางแผนมากกว่า 2 ครั้งต่อปี (6 ราย) ตลอดจนมีอัตราการเสียชีวิตจำนวน 3 ราย[7]

บริบททางคลินิกดังกล่าวส่งผลกระทบโดยตรงต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วย จากการประเมินปัญหาเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยต้องเผชิญกับข้อจำกัดทางร่างกายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น อาการเหนื่อยหอบ หน้ามืด และวูบง่าย ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การเรียน และการทำงาน นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงยาเฉพาะทางที่ต้องเดินทางมารับที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ เท่านั้น ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายแฝงที่นอกเหนือจากสิทธิการรักษา เช่น ค่าเหมารถเดินทาง ค่าใช้จ่ายส่วนเกินด้านยา และค่าออกซิเจนสำหรับใช้ที่บ้าน ความเจ็บป่วยที่รุนแรงและข้อจำกัดเหล่านี้นำไปสู่การพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้ทั้งตัวผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวสูญเสียโอกาสในการทำงานและคุณภาพชีวิตโดยรวมลดลง

เมื่อพิจารณาจากข้อกังวลข้างต้น ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา[3, 8-11] พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นไปที่กระบวนการพยาบาลระยะผ่าตัด การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือประเมินคุณภาพชีวิตและภาระของ "ผู้ดูแล" เป็นหลัก ในทางกลับกัน การศึกษาคุณภาพชีวิตที่มุ่งเน้น "ตัวผู้ป่วย" โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงโดยตรงโดยใช้เครื่องมือประเมินที่มีความจำเพาะเจาะจงยังคงมีอยู่อย่างจำกัดและไม่แพร่หลายในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความจำเป็นในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้ไปเป็นฐานรากสำคัญในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล ยกระดับคุณภาพการดูแล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจและสุขภาวะที่ดีขึ้นต่อไป

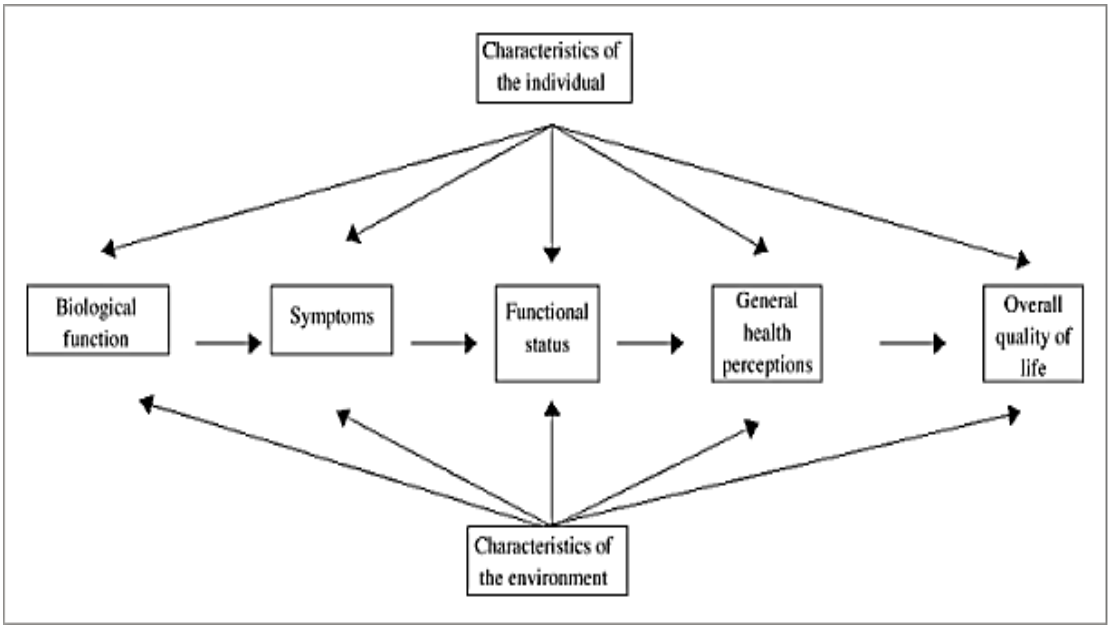
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรอบแนวคิด

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำแบบจำลองคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ตามแนวคิดของเฟอร์แรนและคณะ[12] ซึ่งถูกพัฒนาต่อยอดมาจากโครงสร้างดั้งเดิมของ Wilson และ Cleary[13] มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดหลักเพื่อวิเคราะห์สภาวะของผู้ป่วย โครงสร้างของทฤษฎีนี้ได้จำแนกองค์ประกอบที่กำหนดคุณภาพชีวิตออกเป็น 5 มิติ ได้แก่ 1) ปัจจัยทางชีววิทยา 2) อาการแสดงทางคลินิก 3) สมรรถนะการทำหน้าที่ของร่างกาย 4) การรับรู้สภาวะสุขภาพโดยรวม และ 5) คุณภาพชีวิตในภาพรวม

แบบจำลองดังกล่าวได้อธิบายถึงกลไกเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยไว้อย่างเป็นระบบ กล่าวคือ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบทางตรงต่อคุณภาพชีวิตจะประกอบด้วย คุณลักษณะเฉพาะบุคคล สภาพแวดล้อม และการประเมินสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย ในขณะที่ปัจจัยทางชีววิทยา อาการแสดง และความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายจะทำหน้าที่เป็นตัวแปรที่ส่งผลกระทบทางอ้อม ซึ่งองค์ประกอบทั้งหมดนี้มีพลวัตและส่งทอดอิทธิพลเกี่ยวเนื่องกัน จนนำไปสู่ผลลัพธ์ปลายทาง นั่นคือระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด



วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยกำหนดจากผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 59 ราย ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาทั้งหมด

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

ประชากรเป้าหมายที่จะได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมโครงการวิจัย จะต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อกำหนดดังต่อไปนี้:

1. **ลักษณะประชากรและอายุ:** เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่พบภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงร่วมด้วย โดยมีอายุตั้งแต่ 12 ปีบริบูรณ์เป็นต้นไป (ซึ่งจะจำแนกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ช่วงวัย ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่นอายุ 12-17 ปี และกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป)
2. **ระยะเวลาและเกณฑ์การวินิจฉัยโรค:** ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยยืนยันอาการมาแล้วไม่ต่ำกว่า 3 เดือน ทั้งนี้ เกณฑ์การประเมินภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง (Pulmonary hypertension) จะพิจารณาจากผลตรวจทางคลินิกก่อนกระบวนการทำหัตถการรักษา ซึ่งต้องมีค่าความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงปอดขณะพัก (Mean pulmonary artery pressure) สูงเกิน 20 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีค่าแรงต้านทานภายในหลอดเลือดปอด (Pulmonary vascular

resistance) มากกว่า 2 Wood units เมื่อประเมิน ณ ระดับน้ำทะเล

3. **บริบทการรักษาและประเภทความผิดปกติ:** เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระบบนัดหมายเพื่อติดตามอาการหลังรับการผ่าตัด ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยครอบคลุมลักษณะพยาธิสภาพทั้งในกลุ่ม PH group 1 (Mostly simple congenital heart disease) และกลุ่ม PH group 2 (Complex congenital heart disease leading to post-capillary PH) เพื่อให้ได้ข้อมูลตัวอย่างที่ครอบคลุมและหลากหลาย

4. **สภาวะทางจิตประสาท:** ผู้ป่วยมีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยไม่เคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชหรือระบบประสาท

5. **ศักยภาพการสื่อสาร:** ผู้ป่วยมีความสามารถในการรับรู้และสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ ทั้งทักษะการฟัง พูด อ่าน และเขียน

6. **เงื่อนไขด้านผู้ดูแล:** ในกรณีของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่น บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดังกล่าวจะต้องมีสถานะเป็นผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ของผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

ผู้ที่มีลักษณะดังต่อไปนี้จะถูกคัดออกจากการศึกษา 1) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 2) ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางพัฒนาการและสติปัญญา เช่น ผู้ป่วยดาวน์ซินโดรม เป็นต้น 3) ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาแบบฉุกเฉิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่

ส่วนที่ 1: แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก เครื่องมือในส่วนนี้ออกแบบมาเพื่อเก็บรวบรวมตัวแปรทางประชากรศาสตร์และสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยแบ่งลักษณะการเก็บข้อมูลออกเป็น 2 แหล่ง ได้แก่

1. **ข้อมูลที่ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง (Self-report):** ประกอบด้วยตัวแปรด้าน เพศ อายุ สถานภาพครอบครัว อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้รวมของครอบครัว และสิทธิการรักษาพยาบาล โดยมีรูปแบบเป็นข้อคำถามชนิดให้เลือกตอบ (Checklist) และแบบเติมคำในช่องว่าง

2. **ข้อมูลที่ผู้วิจัยรวบรวมจากเวชระเบียน (Medical records):** ประกอบด้วยข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ระดับสมรรถนะการทำหน้าที่ของหัวใจ (Functional class) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว (SpO2) และรายละเอียดการใช้ยาลดความดันหลอดเลือดแดงปอด ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้สืบค้นและบันทึกข้อมูลในส่วนนี้เอง

ส่วนที่ 2: แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง การศึกษาครั้งนี้เลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค Emphasis 10 score (EmPHasis-10) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นโดยสมาคมPulmonaryHypertensionAssociation แห่งสหราชอาณาจักร (PHA UK) และได้รับการยอมรับให้ใช้กันอย่างแพร่หลายในระดับสากล เพื่อชี้วัดระดับผลกระทบของโรคที่มีต่อวิถีชีวิตผู้ป่วย เครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม

จำนวน 10 ข้อ โดยมีรูปแบบการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้:

0 หมายถึง มีความรู้สึกว่าโรคความดันโลหิตสูงในปอดไม่ส่งผลต่อชีวิต

1 หมายถึง มีความรู้สึกว่าโรคความดันโลหิตสูงในปอดส่งผลต่อชีวิตเล็กน้อย

2 หมายถึง มีความรู้สึกว่าโรคความดันโลหิตสูงในปอดส่งผลต่อชีวิตปานกลาง

3 หมายถึง มีความรู้สึกว่าโรคความดันโลหิตสูงในปอดส่งผลต่อชีวิตค่อนข้างมาก

4 หมายถึง มีความรู้สึกว่าโรคความดันโลหิตสูงในปอดส่งผลต่อชีวิตอย่างมาก

5 หมายถึง มีความรู้สึกว่าโรคความดันโลหิตสูงในปอดส่งผลต่อชีวิตอย่างมากที่สุด

ผลรวมคะแนนจากแบบประเมินทั้ง 10 ข้อ จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 50 คะแนน โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ[14] ได้แก่ 0-16 คะแนนแปลผลว่า ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ใน เกณฑ์ดี 17-33 คะแนน แปลผลว่า ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ใน เกณฑ์ปานกลาง และ34-50 คะแนน แปลผลว่า ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ใน เกณฑ์ต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพ

เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีความถูกต้องและแม่นยำ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบคุณภาพของแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค Emphasis 10 score (EmPHasis-10) ฉบับภาษาไทย ทั้งในมิติของความตรงและความเที่ยง ดังรายละเอียดต่อไปนี้:

1. การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามฉบับแปลภาษาไทยได้ผ่านการประเมินความถูกต้องของโครงสร้างเนื้อหาและตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยคณะผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางกุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการจำนวน 2 ท่าน จากนั้นนำผลการพิจารณามาประมวลผลหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่า ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ทุกข้อมีคะแนนเท่ากับ 1 และส่วนที่ 2 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ข้อที่ 4 และ 10 ได้ 0.67 คะแนน ข้อที่ 2 ได้ 0.33 คะแนน และส่วนที่เหลืออีก 7 ข้อ ได้ 1 คะแนน สำหรับข้อที่ 2 ที่ได้คะแนนไม่ถึง 0.50 ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขสำนวนภาษาให้มีความรัดกุมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้งานจริง

2. การทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ (Reliability) อ้างอิงจากรายงานการพัฒนาแบบสอบถามต้นฉบับโดย Janelle Yorke และคณะ[15] เครื่องมือ EmPHasis-10 มีความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) อยู่ในระดับดีเยี่ยม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ที่ระดับ 0.90 นอกจากนี้ ผลการทดสอบความเชื่อมั่นแบบวัดซ้ำ (Test-retest reliability) ในกลุ่มผู้ป่วยทดลองจำนวน 33 ราย ยังแสดงให้เห็นถึงความคงที่ของเครื่องมือเมื่อเวลาผ่านไป โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) เท่ากับ 0.95 สำหรับการศึกษาในบริบทนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามฉบับภาษาไทยไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยที่

มีลักษณะทางคลินิกและบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย เพื่อประเมินความเที่ยงของเครื่องมืออีกครั้ง ผลการวิเคราะห์เชิงสถิติยืนยันว่า แบบประเมินฉบับแปลไทยมีความคงเส้นคงวาในระดับที่สูงมาก โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในคลาส เท่ากับ 0.99 (Intraclass Correlation Coefficient: ICC=0.99)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปประเภทต่อเนื่องนำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลประเภทแจกแจงนำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ชุดที่ 1 เลขที่ HE681038 วันที่รับรอง 6 สิงหาคม 2568

ผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.55 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 31-40 ปี ร้อยละ 32.20 รองลงมาคือ 21-30 ปี ร้อยละ 27.11 สถานภาพที่พบมากที่สุดคือโสด ร้อยละ 66.10 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 27.11 ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุด คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.ร้อยละ 38.98 รายได้ของครอบครัวที่พบมากที่สุด คือ 10,000-20,000 บาทต่อเดือน สิทธิการรักษาที่พบมากที่สุดคือ บัตรทอง ร้อยละ 69.49 ระดับสมรรถนะการทำงานของหัวใจ ที่พบมากที่สุด คือ ระดับ 2 ทำงานแล้วเหนื่อย ร้อยละ 52.54 ระดับออกซิเจนปลายนิ้วที่พบมากที่สุด คือ 91-95 % ร้อยละ 25.42 ส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาลดความดันหลอดเลือดแดงปอด Sildenafil เพียงตัวเดียว ร้อยละ 77.96 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	47.45
หญิง	31	52.55
อายุ		
12-15 ปี	7	11.86
16-20 ปี	1	1.69
21-30 ปี	16	27.11
31-40 ปี	19	32.20

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
41-60 ปี	13	22.03
60 ปีขึ้นไป	3	5.11
สถานภาพ		
สมรส	19	32.20
โสด	39	66.10
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1	1.7
อาชีพ		
เกษตรกรรม	2	3.38
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	10.16
ค้าขาย	7	11.86
นักเรียน/นักศึกษา	9	15.25
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	5	8.47
รับจ้างทั่วไป	16	27.11
อื่น ๆ	14	23.77
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2	3.38
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	18.64
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	23	38.98
อนุปริญญา/ปวส.	10	16.94
ปริญญาตรี	12	20.33
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.73
รายได้ของครอบครัว		
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	13	22.03
5,000-10,000 บาทต่อเดือน	14	23.72
10,000-20,000 บาทต่อเดือน	24	40.67
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	8	13.58

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	41	69.49
ประกันสังคม	8	13.55
เบิกได้	10	16.96
ระดับสมรรถนะการทำงานของหัวใจ		
I ทำงานได้ตามปกติ ไม่เหนื่อย	23	38.98
II ทำงานออกแรงแล้วเหนื่อย	31	52.54
III ทำกิจวัตรประจำวันแล้วเหนื่อย	5	8.48
IV อยู่เฉย ๆ ก็เหนื่อย	0	0
ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว		
65-70 %	2	3.38
71-75 %	5	8.47
76-80 %	12	20.33
81-85 %	3	5.08
86-90 %	10	16.94
91-95 %	15	25.42
96-100 %	12	20.38
การใช้ยาลดความดันหลอดเลือดแดงปอด		
Sildenafil	46	77.96
Sildenafil + Bosentan	11	18.64
Macitentan	2	3.40

ส่วนที่ 2 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม (X= 14.07 , SD 9.74) ผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ ช่วงคะแนนคุณภาพชีวิต 0-16 คะแนน มีร้อยละ 57.63 (X=7.55 , SD 5.01) ผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง คือช่วงคะแนนคุณภาพชีวิต 17-33 คะแนน มีร้อยละ 40.68 (X=22.91 , SD 4.17) และผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ คือช่วงคะแนนคุณภาพชีวิต 34-50 คะแนน มีร้อยละ 1.69 (X=40 , SD 0.00) ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับคะแนนคุณภาพชีวิต จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยคะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง

คุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
คุณภาพชีวิตดี (0-16 คะแนน)	34	57.63	7.55	5.01
คุณภาพชีวิตปานกลาง (17-33 คะแนน)	24	40.68	22.91	4.17
คุณภาพชีวิตต่ำ (34-50 คะแนน)	1	1.69	40	0
รวม	59	100	14.07	9.74

การอภิปรายผล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นผลการประเมินคุณภาพชีวิตโดยผู้ป่วยเอง พบว่า โดยภาพรวมผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 57.63) รองลงมาคือระดับปานกลาง และมีเพียงส่วนน้อยที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษา Lewis RA และคณะ[16] ที่นำเสนอว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลางระหว่างคะแนน EmPHasis-10 กับระยะทางเดิน 6 นาที (r=-0.546) และระดับสมรรถนะการทำงานของหัวใจ WHO (r=0.497) (ทั้งหมด p<0.0001) การกระจายของคะแนน EmPHasis-10 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างแต่ละระดับสมรรถนะการทำงานของ WHO (ทั้งหมด p<0.0001) ในแนวทางการแบ่งระดับความเสี่ยง คะแนน 0-16, 17-33 และ 34-50 พบว่าผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอัตราการเสียชีวิตภายใน 1 ปี ร้อยละ 5, 10 และ 23 ตามลำดับ และยังพบว่า emphasis 10 score มีความสัมพันธ์โดยตรงกับ WHO functional class โดยที่ emphasis 10 score ≥ 34 มีความสัมพันธ์โดยตรงกับ WHO FC III ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-16 คะแนน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มี WHO FC I-II ส่วนผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางที่มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง17-33 คะแนน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มี WHO FC II และผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำที่มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 34-50 คะแนน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มี WHO FC III ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของต่างประเทศ

ภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงนับเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลกระทบต่ออัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต ตลอดจนมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในบริบทของระบบสาธารณสุขไทย ผู้ป่วยที่ถือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิบัตรทอง) จะได้รับสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงยาลดความดันหลอดเลือดแดงปอดกลุ่ม Sildenafil เป็นลำดับแรกโดยไม่มีค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ หากผลการวินิจฉัยเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ตามแนวทางปฏิบัติของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ ผู้ป่วยยังสามารถรับยาในกลุ่ม Bosentan เพิ่มเติมได้ ซึ่งการเข้าถึงยาดังกล่าว

เป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ในขณะเดียวกัน สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการหรือสิทธิเบิกจ่ายตรง และมีข้อจำกัดทางสมรรถนะร่างกายในระดับ WHO FC II-III จะมีสิทธิเข้าถึงการรักษาด้วยยากลุ่ม Macitentan ตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงโอกาสของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่พบภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง ในการได้รับการรักษาที่ทัดเทียมกับมาตรฐานระดับสากล

อย่างไรก็ตาม กระบวนการดูแลรักษาด้วยกลุ่มยาดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นพลวัต เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนและติดตามระดับความรุนแรงของโรคที่อาจลุกลามเมื่อระยะเวลาผ่านไป นอกเหนือจากการพึ่งพากระบวนการตรวจทางคลินิกพื้นฐาน อาทิ การซักประวัติ การตรวจร่างกายอย่างละเอียด การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจสวนหัวใจ และการตรวจพิเศษเฉพาะทางแล้ว การนำมาตรวัดคุณภาพชีวิตที่สะท้อนจากมุมมองและความรู้สึกของผู้ป่วยมาใช้ร่วมด้วย จะช่วยเพิ่มศักยภาพในการประเมินการดำเนินโรค ระดับความรุนแรง และความสำเร็จของแผนการรักษาได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น[17] ด้วยเหตุนี้ การบูรณาการผลคะแนนคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยตัวผู้ป่วย เข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบการติดตามประสิทธิภาพการรักษา จึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถปรับเปลี่ยนแผนการดูแลรักษาได้อย่างสอดคล้องกับสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะนำไปสู่การประคับประคองพยาธิสภาพและยกระดับสุขภาวะของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

จากผลการศึกษานี้ จึงเสนอแนะว่า เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงอย่างยั่งยืน ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยควรมีการติดตามประเมินผลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ปรับแผนการดูแลรักษาพยาบาลให้เหมาะสมและทันเวลา รวมถึงการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการรักษาตามมาตรฐานสากลอย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งถัดไป เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและหน่วยงานรวมถึงโรงพยาบาล หน่วยงานที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ควรติดตามผลการประเมินคุณภาพชีวิตโดยผู้ป่วยเพื่อใช้ประกอบการติดตามผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและนำผลการศึกษามาออกแบบรูปแบบการให้บริการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Wu W, He J, Shao X. Incidence and mortality trend of congenital heart disease at the global, regional, and national level, 1990-2017. Medicine (Baltimore). 2020 Jun 5;99(23).
2. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart disease and stroke statistics - 2019 update: a report from the American Heart Association

[Internet]. Dallas: American Heart Association; 2019 [cited 2026 Jun 24]. Congenital Cardiovascular Defects fact sheet; [approx. 2 p.]. Available from: https://professional.heart.org/ -/media/PHD-Files-2/Science-News/2/2019-Heart-and-Stroke-Stat-Update/2019_Stat_update_Congenital_Cardiovascular_Defects_factsheet.pdf

3. กฤติกา อินทรณรงค์, พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, เนตรทอง นามพรม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2566;10(1):182-95.
4. พยัคฆพงษ์ พ. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กร่วมกับมีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด: กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(1):520-8.
5. เพชรรัตน์ ส, มกรเวส ภ, ต้อยมาเมือง อ, เทพสุธรรมรัตน์ แ. ผลของการรักษาด้วยยา Bosentan: กรณีศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง ในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. Commun. Health Dev. Q. Khon Kaen Univ. [อินเทอร์เน็ต]. 2 ธันวาคม 2025 [อ้างถึง 24 มิถุนายน 2026];8(4):437-50. available at: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/CHDMD_KKU/article/view/7076
6. ศรีมณี ว, ปรีชากุล ย, เพชรรัตน์ ส. รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซิลดีนาฟิลชนิดรับประทานในการรักษาภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2562;34(5):448-52.
7. หน่วยเวชสถิติ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดปี 2563-2565 [รายงานสถิติ]. ขอนแก่น: ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2566.
8. ยุซรอ เล๊าะแม, วันธณี วิรุฬห์พานิช, พิสมัย วัฒนสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาที่มีเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 2559;17(2):27-42.
9. ปภาวดี เหล่าพาณิชย์เจริญ. การพยาบาลเด็กที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขหัวใจพิการแต่กำเนิด. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19(ฉบับพิเศษ):12-21.
10. อัณญ์ยภัคสร ใจสมคม, ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่อเนื่องที่บ้าน ต่อปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และความพึงพอใจของพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564;9(1):310-24.

11. กาญจนา พรหมเรืองฤทธิ์, อุษณีย์ จินตะเวช, จุฑามาศ โชติบาง. การให้การดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. พยาบาลสาร. 2558;42(ฉบับพิเศษ): 35-45.
12. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. J Nurs Scholarsh. 2005;37(4):336-42.
13. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. JAMA. 1995;273(1):59-65.
14. ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. คู่มือดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.
15. Yorke J, Corris P, Gaine S, Gibbs JS, Kiely DG, Harries C, et al. EmPHasis-10: development of a health-related quality of life measure in pulmonary hypertension. Eur Respir J. 2014;43(4):1106-13.
16. Lewis RA, Armstrong I, Bergbaum C, Brewis MJ, Cannon J, Charalampopoulos A, et al. EmPHasis-10 health-related quality of life score predicts outcome in patients. 2021.
17. Favoccia C, Kempny A, Yorke J, Armstrong I, Price LC, McCabe C, et al. EmPHasis-10 score for the assessment of quality of life in various types of pulmonary hypertension and its relation to outcome. Eur J Prev Cardiol. 2019;26(12):1338-40.

ผลของกิจกรรมอบรมต่อการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายและการเข้าถึงบริการสุขภาพของวัยรุ่น LGBTQ+ ในโรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น

มเหศักดิ์ ภูริวัฒน์ภากร[1],ชนิตา รุ่งวิทยาการ[2],กัญญาณัท ศักดิวงศ์[3]

(วันที่รับบทความ: 14 มกราคม 2569, วันที่แก้ไข: 4 มีนาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 27 พฤษภาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของกิจกรรมอบรมต่อการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายและการเข้าถึงบริการสุขภาพของวัยรุ่น LGBTQ+ ในโรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) กลุ่มเดียววัดก่อนหลังโดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่น LGBTQ+ ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 65 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือกิจกรรมอบรมและแบบสอบถามเพื่อวัดการรับรู้ ความเข้าใจ

ผลการวิจัยพบว่า หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมอบรม นักเรียน LGBTQ+ มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้สิทธิทางกฎหมาย (Mean = 4.48, SD = 0.55) สูงกว่าก่อนการอบรม (Mean = 3.15, SD = 0.72) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยด้านความเข้าใจสิทธิทางกฎหมาย (Mean = 4.61, SD = 0.49) ก็สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) เมื่อเทียบกับก่อนการอบรม (Mean = 2.89, SD = 0.68) นอกจากนี้ การรับรู้ช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Mean = 4.50, SD = 0.58) และความเข้าใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Mean = 4.75, SD = 0.45) หลังการอบรมก็สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ ในทั้งสองด้าน) เมื่อเทียบกับก่อนการอบรม (Mean = 3.02, SD = 0.75 และ Mean = 2.78, SD = 0.70 ตามลำดับ) กิจกรรมอบรมดังกล่าวมีประสิทธิผลในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการรับรู้ในประเด็นสิทธิทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นและกลุ่ม LGBTQ+ รวมถึงช่องทางและแนวทางการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับนักเรียน LGBTQ+ ได้อย่างชัดเจน ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดกิจกรรมให้ความรู้เชิงรุก เพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีและการเข้าถึงสิทธิของนักเรียนที่มีความหลากหลายทางเพศในสถานศึกษา

คำสำคัญ: วัยรุ่น LGBTQ+, สิทธิทางกฎหมาย, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, กิจกรรมอบรม, สมรสเท่าเทียม

[1,2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ [3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

[1,2]ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น [3]โรงพยาบาลหนองพอก

Corresponding author: รัตติกานต์ รักษาภักดี e-mail: Rattikan1@smnc.ac.th

The effect of training activities on the perception and understanding of legal rights and access to health services among LGBTQ+ adolescents in municipal schools in Khon Kaen City

Mahasak Bhooriwatphakorn[1],Chanita Rungwittayakarn[2],Kanyanat Sakdiwong[3]

(Received: 14th January 2026, Revised: 4th March 2026, Accepted: 27th May 2026)

Abstract

This research aimed to evaluate the effect of training activities on the perception and understanding of legal rights and access to health services among LGBTQ+ adolescents in municipal schools in Khon Kaen. This was a quasi-experimental research study using a single group, pre-/post-test design, with a sample of 65 LGBTQ+ high school students selected using purposive sampling. The research instruments included training activities and questionnaires to measure perception and understanding. The research findings showed that... After participating in the training activities, LGBTQ+ students showed a statistically significant improvement ($p < 0.001$) in their awareness of legal rights (Mean = 4.48, SD = 0.55) compared to their pre-training scores (Mean = 3.15, SD = 0.72). Their understanding of legal rights (Mean = 4.61, SD = 0.49) also increased significantly ($p < 0.001$) compared to their pre-training scores (Mean = 2.89, SD = 0.68). Furthermore, their awareness of access to healthcare services (Mean = 4.50, SD = 0.58) and understanding of access to healthcare services (Mean = 4.75, SD = 0.45) also increased significantly ($p < 0.001$) after the training compared to their pre-training scores (Mean = 3.02, SD = 0.75 and Mean = 2.78, SD = 0.70, respectively). The training activities were effective in enhancing knowledge and understanding of legal rights. This research highlights the importance of proactive educational activities to promote well-being and access to rights for LGBTQ+ students in schools.

Keywords: LGBTQ+ adolescents, legal rights, access to health services, training activities, marriage equality.

[1,2]Senior Professional Nurse [3]Professional Nurse

[1,2]Health Promotion Center Region 7 Khon Kaen [3]Nongphok hospital

Corresponding author: Rattikan Raksapakdee e-mail: Rattikan1@smnc.ac.th

บทนำ

ประชากรโลกมีความหลากหลายทางเพศ ครอบคลุมรสนิยมทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศ การแสดงออกทางเพศ และลักษณะทางเพศ (Sexual Orientation, Gender Identity, Expression, and Sex Characteristics: SOGIESC) หรือ LGBTQ+ ผลสำรวจในหลายประเทศพบว่ากลุ่มคนรุ่นใหม่ (Gen Z) มีแนวโน้มเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศที่หลากหลายมากขึ้น[1] อย่างไรก็ตาม รายงานของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติระบุว่ายังไม่มีประเทศใดที่สามารถสร้างความครอบคลุมทางสังคมสำหรับกลุ่ม LGBTQ+ ได้อย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะกลุ่มคนข้ามเพศ (transgender) และคนที่มีภาวะเพศกำกวม (intersex) ซึ่งยังคงเผชิญการกีดกันในหลายมิติ[2,3] ในประเทศไทย กรมอนามัยประมาณการว่ามีประชากร LGBTQ+ ที่เปิดเผยตัวตนราว 4 ล้านคน แต่ยังขาดข้อมูลทางสถิติอย่างเป็นทางการ[4,5] กลุ่มนี้เผชิญความท้าทายด้านสุขภาพหลายประการ ทั้งการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มะเร็งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ และปัญหาสุขภาพจิตจากแรงกดดันทางสังคมและการเลือกปฏิบัติรวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เป็นมิตรและการขาดความเข้าใจจากบุคลากรทางการแพทย์[3,6]

วัยรุ่น LGBTQ+ เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง เป็นพิเศษ เนื่องจากอยู่ในช่วงพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ และอัตลักษณ์ งานวิจัยในประเทศไทยพบว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติด และการเผชิญประสบการณ์การถูกกระทำในระดับจุลภาค (microaggressions) โดยเฉพาะในบริบทของสถานศึกษา ซึ่งสะท้อนถึงการขาดความเข้าใจและการยอมรับในสังคม [7,8]แม้ว่าประเทศไทยจะมีพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ซึ่งรับรองสิทธิของวัยรุ่นในการเข้าถึงข้อมูล บริการอนามัยเจริญพันธุ์ และการไม่ถูกเลือกปฏิบัติ [9] แต่การรับรู้สิทธิและการเข้าถึงบริการของวัยรุ่น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ ยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร[10]นอกจากนี้ ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังคงเป็นประเด็นสำคัญในกลุ่มเยาวชนอายุ 15–24 ปี และในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งมีอัตราการติดเชื้อสูงและยังขาดความรู้ด้านการป้องกันและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม[11,12] ขณะเดียวกันงานวิจัยชี้ให้เห็นถึงช่องว่างด้านความรู้และทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อบุคคล LGBTQ+ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพและความเป็นมิตรของบริการสุขภาพ[13,14]

การจัดกิจกรรมอบรมในโรงเรียน (School-based Intervention) ถือเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาวะและสิทธิของวัยรุ่น LGBTQ+ เนื่องจากโรงเรียนเป็นพื้นที่ที่วัยรุ่นใช้เวลาส่วนใหญ่และเป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้ทางสังคม การให้อบรมเชิงปฏิบัติการไม่เพียงแต่เป็นการส่งผ่านข้อมูลเชิงข้อเท็จจริง แต่ยังช่วยสร้างพื้นที่ปลอดภัย (Safe Space) ให้เยาวชนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างความตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเอง และเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งจะช่วยลดช่องว่างระหว่างข้อกฎหมายและการนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน จากบริบทดังกล่าว นักเรียนวัยรุ่น LGBTQ+ ในสถานศึกษา โดยเฉพาะโรงเรียนใน

เขตเมือง เช่น เขตเทศบาลนครขอนแก่น ยังคงเผชิญข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายและบริการสุขภาพที่เหมาะสม งานวิจัยนี้จึงมุ่งประเมินผลของกิจกรรมอบรมในโรงเรียนต่อการรับรู้และความเข้าใจของนักเรียน LGBTQ+ เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของกิจกรรม และใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการจัดกิจกรรม การให้คำปรึกษา และการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรต่อวัยรุ่น LGBTQ+ ในบริบทสถานศึกษา อันจะนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและส่งเสริมสุขภาวะอย่างยั่งยืนในระยะยาว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมอบรมต่อการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายและการเข้าถึงบริการสุขภาพของวัยรุ่น LGBTQ+ ในโรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการศึกษาแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมอบรมต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และความเข้าใจของนักเรียน LGBTQ+ เกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายและการเข้าถึงบริการสุขภาพ กรอบแนวคิดนี้อิงตามหลักการของการให้ความรู้และกระบวนการเรียนรู้ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความเข้าใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura ที่กล่าวว่าบุคคลเรียนรู้จากการสังเกตและการเสริมแรง ซึ่งกิจกรรมอบรมที่จัดขึ้นจะทำหน้าที่เป็นแบบอย่างและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อเพิ่มพูนความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

ตัวแปรต้น

กิจกรรมอบรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายและการเข้าถึง บริการสุขภาพสำหรับนักเรียน LGBTQ+ ดังนี้

- ความหลากหลายทางเพศ (SOGIESC) และการเคารพความแตกต่าง
- สิทธิและหน้าที่ตามกฎหมาย
- กฎหมายสมรสเท่าเทียม พ.ศ. 2567
- การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรและปลอดภัยสำหรับ LGBTQ+
- สุขภาวะทางเพศ, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และสุขภาพจิต
- การมีส่วนร่วม การอภิปราย และกรณีศึกษา

ตัวแปรตาม

การรับรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายและการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับนักเรียน LGBTQ+

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยดำเนินการในโรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น กลุ่มประชากรคือ นักเรียน LGBTQ+ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4–ม.6) จำนวน 2 โรงเรียน ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ สิงหาคม – ธันวาคม 2568

วิธีดำเนินการวิจัย

- ก่อนการอบรม (Pre-test): ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพื่อวัดระดับการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายและการเข้าถึงบริการสุขภาพ "ก่อน" ได้รับกิจกรรมอบรม โดยเน้นย้ำถึงการตอบตามความเป็นจริงและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล

- ดำเนินกิจกรรมอบรม: ผู้วิจัยหรือทีมงานผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกอบรมจะดำเนินการจัดกิจกรรมอบรมตามแผนที่กำหนดไว้ให้กับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม

- หลังการอบรม (Post-test): ทันทีที่กิจกรรมอบรมสิ้นสุดลง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามชุดเดียวกันกับ Pre-test อีกครั้ง เพื่อวัดระดับการรับรู้และความเข้าใจ "หลัง" ได้รับกิจกรรมอบรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (มัธยมศึกษาปีที่ 4-6) ที่ระบุตนเองว่าเป็นกลุ่ม LGBTQ+ โรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น ในจังหวัดขอนแก่น ปีการศึกษา 2568

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 – ม.6) โรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น ที่ระบุตนเองว่าเป็นกลุ่ม LGBTQ+ ได้รับการคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ กำลังศึกษาอยู่ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2568 ระบุตนเองว่ามีอัตลักษณ์ทางเพศหรือเพศวิถีที่หลากหลาย สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมอบรมและตอบแบบสอบถาม พร้อมได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองในกรณีอายุต่ำกว่า 18 ปี และสามารถสื่อสารภาษาไทยและเข้าใจเนื้อหาการอบรมได้

สำหรับขนาดตัวอย่างกำหนดโดยใช้สูตรการคำนวณของ Yamane (1967) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อน 0.10 ร่วมกับการพิจารณาความเป็นไปได้ในการจัดกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการเรียนรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. กิจกรรมอบรม พัฒนาโดยผู้วิจัยร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายและการเข้าถึงบริการสุขภาพของนักเรียน LGBTQ+ เนื้อหาครอบคลุมความหลากหลายทางเพศ (SOGIESC) สิทธิทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นและกลุ่ม LGBTQ+ เช่น พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และกฎหมายสมรสเท่าเทียม พ.ศ. 2567 ความรู้ด้านสุขภาวะทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สุขภาพจิต การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตร และการดูแลตนเองเมื่อเผชิญการเลือกปฏิบัติ กิจกรรมจัดในรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการ เน้นการมีส่วนร่วม การอภิปราย และ

กรณีศึกษา ใช้ระยะเวลาประมาณ 3–4 ชั่วโมง โดยผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพวัยรุ่น จิตวิทยา กฎหมาย และงานด้าน LGBTQ+

2. แบบสอบถามพัฒนาโดยผู้วิจัย อ้างอิงแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปใช้คำถามปลายเปิดและแบบเลือกตอบ (2) การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) และ (3) การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยใช้คำถามใช่/ไม่ใช่ และคำถามปลายปิด

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ประกอบด้วยการประเมินความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC ≥ 0.50) รวมถึงการทดสอบความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียง จำนวน 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ซึ่งต้องมีค่าเท่ากับ 0.72

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในปีการศึกษา 2568 โดยเริ่มจากการขออนุญาตจากหน่วยงานต้นสังกัดและผู้บริหารโรงเรียนพร้อมประสานงานกับครูหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อประชาสัมพันธ์และคัดเลือกนักเรียนตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ความสมัครใจในการเข้าร่วม และการรักษาความลับของข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วม สำหรับนักเรียนอายุต่ำกว่า 18 ปี ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมการวิจัยการเก็บข้อมูลประกอบด้วยการวัดก่อนการอบรม (pre-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้และความเข้าใจด้านสิทธิทางกฎหมายและการเข้าถึงบริการสุขภาพ จากนั้นดำเนินกิจกรรมอบรมตามแผนที่กำหนด และทำการวัดหลังการอบรมทันที (post-test) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน ทั้งนี้เน้นความเป็นส่วนตัวและการตอบตามความเป็นจริงของผู้เข้าร่วมทุกขั้นตอน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้อง เข้ารหัสข้อมูล และบันทึกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และคำนวณค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายและการเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งก่อนและหลังการอบรม จากนั้นใช้สถิติเชิงอนุมาน Paired-samples t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้และความเข้าใจก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมอบรมของนักเรียน LGBTQ+

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เลขที่ 140 เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง "ผลของกิจกรรมอบรมต่อการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายและการเข้าถึงบริการสุขภาพของวัยรุ่น

LGBTQ+ ในโรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น ผลการวิจัยสามารถนำเสนอได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นวัยรุ่น LGBTQ+ ศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จำนวนรวม 65 คน โดยมีข้อมูลทั่วไปดังที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=65)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
โรงเรียน		
โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน	33	50.77
โรงเรียนกัลยาณวัตร	32	49.23
ระดับชั้น		
มัธยมศึกษาปีที่ 4	22	33.85
มัธยมศึกษาปีที่ 5	23	35.38
มัธยมศึกษาปีที่ 6	20	30.77
อายุ (ปี)		
15 ปี	15	23.08
16 ปี	20	30.77
17 ปี	18	27.69
18 ปี	12	18.46
ค่าเฉลี่ยอายุ (Mean ± SD) 16.32 ± 1.14		
เพศสภาพตามกำเนิด		
ชาย	35	53.85
หญิง	30	46.15
อัตลักษณ์ทางเพศ/เพศวิถีที่ระบุ		
รักสองเพศ/ไบเซ็กชวล (Bisexual)	25	38.46
ชายรักชาย (Gay)	18	27.69
หญิงรักหญิง (Lesbian) | 12 | 18.46	12	18.46
คนข้ามเพศหญิง/ชาย (Transgender	6	9.23
อื่นๆ/ไม่ต้องการระบุ	4	6.15

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=65) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ประสบการณ์การได้รับข้อมูล/กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง		
เคย	40	61.54
ไม่เคย	25	38.46

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตัวจากทั้งสองโรงเรียนใกล้เคียงกัน (โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน 50.77% และโรงเรียนกัลยาณวัตร 49.23%) มีการกระจายตัวของระดับชั้นและช่วงอายุค่อนข้างใกล้เคียงกัน โดยมีค่าเฉลี่ยอายุประมาณ 16 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศสภาพชายตามกำเนิด (53.85%) และอัตลักษณ์ทางเพศที่ระบุมากที่สุดคือ รักสองเพศ/ไบเซ็กชวล (38.46%) รองลงมาคือ ชายรักชาย (27.69%) และหญิงรักหญิง (18.46%) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (61.54%) เคยได้รับข้อมูลหรือเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง LGBTQ+ สิทธิทางกฎหมาย หรือการเข้าถึงบริการสุขภาพมาก่อนบ้างแล้ว

2. ผลการเปรียบเทียบการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมาย

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายของนักเรียน LGBTQ+ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมอบรม แสดงดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบ Paired-samples t-test เปรียบเทียบการรับรู้สิทธิทางกฎหมาย ก่อนและหลังการอบรม (n=65)

การรับรู้สิทธิทางกฎหมาย	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	Mean Difference	95% CI	ค่า p
ก่อนการอบรม	3.15	0.72	1.33	1.33±0.206	< 0.001
หลังการอบรม	4.48	0.55			

จากตารางที่ 2 พบว่าหลังการอบรม นักเรียน LGBTQ+ มีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรมเท่ากับ 3.15 (SD = 0.72) และหลังอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 4.48 (SD = 0.55) มีค่า Mean Difference = 1.33 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.12–1.54 ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมอบรมสามารถเพิ่มการรับรู้ของนักเรียนเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายได้

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบ Paired-samples t-test เปรียบเทียบความเข้าใจสิทธิทางกฎหมาย ก่อนและหลังการอบรม (n=65)

ความเข้าใจสิทธิทางกฎหมาย	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	Mean Difference	95% CI	ค่า p
ก่อนการอบรม	2.89	0.68	1.72	1.72±0.226	< 0.001
หลังการอบรม	4.61	0.49			

จากตารางที่ 3 พบว่าหลังการอบรมนักเรียน LGBTQ+ มีคะแนนความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยก่อนอบรมมีค่าเฉลี่ย 2.89 (SD = 0.68) และหลังอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 4.61 (SD = 0.49) มีค่า Mean Difference = 1.72 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.49–1.95 ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมอบรมสามารถเพิ่มความเข้าใจของนักเรียนเกี่ยวกับสาระสำคัญและรายละเอียดของสิทธิทางกฎหมายได้

3. ผลการเปรียบเทียบการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของนักเรียน LGBTQ+ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมอบรม แสดงดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบ Paired-samples t-test เปรียบเทียบการรับรู้ช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพ ก่อนและหลังการอบรม (n=65)

การรับรู้ช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	Mean Difference	95% CI	ค่า p
ก่อนการอบรม	3.02	0.75	1.48	1.48±0.218	< 0.001
หลังการอบรม	4.50	0.58			

จากตารางที่ 4 พบว่าหลังการอบรมนักเรียน LGBTQ+ มีคะแนนการรับรู้ช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยก่อนอบรมมีค่าเฉลี่ย 3.02 (SD = 0.75) และหลังอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 4.50 (SD = 0.58) มีค่า Mean Difference = 1.48 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.26–1.70 ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมอบรมช่วยให้นักเรียนตระหนักถึงแหล่งและประเภทของบริการสุขภาพที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบ Paired-samples t-test เปรียบเทียบความเข้าใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ก่อนและหลังการอบรม (N=65)

ความเข้าใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	Mean Difference	95% CI	ค่า p
ก่อนการอบรม	2.78	0.70	1.97	1.97±0.246	< 0.001
หลังการอบรม	4.75	0.45			

จากตารางที่ 5 พบว่าหลังการอบรม นักเรียน LGBTQ+ มีคะแนนความเข้าใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยก่อนอบรมมีค่าเฉลี่ย 2.78 (SD = 0.70) และหลังอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 4.75 (SD = 0.45) มีค่า Mean Difference = 1.97 และช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.72–2.22 (p < .001) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมอบรมช่วยให้นักเรียนมีความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับวิธีการและข้อพึงปฏิบัติในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่ากิจกรรมอบรมส่งผลให้การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายและการเข้าถึงบริการสุขภาพของนักเรียน LGBTQ+ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสะท้อนถึงประสิทธิผลของการออกแบบกิจกรรมอบรมที่มีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นสิทธิทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความหลากหลายทางเพศ ควบคู่กับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตร โดยรูปแบบกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการใช้กรณีศึกษา ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และความเข้าใจเชิงลึก สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura ซึ่งอธิบายว่าการเรียนรู้เกิดจากการสังเกต การได้รับข้อมูลโดยตรง และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม [13,14]

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสะท้อนให้เห็นว่านักเรียน LGBTQ+ ยังคงมีช่องว่างด้านการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายและบริการสุขภาพ แม้ว่าส่วนใหญ่จะเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ LGBTQ+ มาก่อน แต่ระดับความรู้ก่อนการอบรมยังไม่สูง แสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ได้รับอาจไม่เป็นระบบ ไม่ครบถ้วน หรือไม่เชื่อมโยงกับการนำไปใช้จริง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่พบว่าวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศยังขาดการเข้าถึงข้อมูลด้านสิทธิและบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง [10] กิจกรรมอบรมในงานวิจัยนี้จึงมีบทบาทสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างดังกล่าวและช่วยยกระดับความรู้ความเข้าใจของนักเรียนได้อย่างเป็นรูปธรรม

ในประเด็นสิทธิทางกฎหมาย การให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสมรสเท่าเทียมซึ่งเพิ่งมีผลบังคับใช้ในปี พ.ศ. 2568 ถือเป็นสาระสำคัญ เนื่องจากเป็นกฎหมายใหม่ที่ข้อมูลยังไม่แพร่หลายในกลุ่มวัยรุ่น การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเงื่อนไขทางกฎหมาย อายุที่สามารถสมรสได้ และสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง

ช่วยเตรียมความพร้อมให้นักเรียน LGBTQ+ สามารถวางแผนชีวิตและใช้สิทธิของตนเองได้อย่างเหมาะสม[15,16] ขณะเดียวกัน การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรยังมีส่วนช่วยลดความกังวลจากอคติและการเลือกปฏิบัติ[17] ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของกลุ่ม LGBTQ+ ตามที่งานวิจัยก่อนหน้าระบุว่ากลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศมักเผชิญประสบการณ์เชิงลบจากระบบบริการสุขภาพ[3,13] ดังนั้น กิจกรรมอบรมในงานวิจัยนี้จึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม และสนับสนุนคุณภาพชีวิตของนักเรียน LGBTQ+ ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

ควรขยายผลการจัดกิจกรรมอบรมที่พัฒนาขึ้นไปยังโรงเรียนอื่น โดยเฉพาะพื้นที่ที่นักเรียน LGBTQ+ มีจำนวนมากหรือยังขาดการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ควบคู่กับการบูรณาการเนื้อหาเรื่องความหลากหลายทางเพศ สิทธิทางกฎหมาย และช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรไว้ในหลักสูตรหรือกิจกรรมเสริมของโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ควรพัฒนาศักยภาพครูแนะแนว ครูพยาบาล และบุคลากรทางการศึกษาให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและปราศจากอคติ พร้อมทั้งส่งเสริมความร่วมมือระหว่างโรงเรียน หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรที่ทำงานด้าน LGBTQ+ เพื่อสร้างระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาวะของนักเรียน LGBTQ+ อย่างครอบคลุมและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของกิจกรรมอบรมและผลต่อพฤติกรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพ ควบคู่กับการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ อุปสรรค และความต้องการเฉพาะของนักเรียน LGBTQ+ อย่างลึกซึ้ง นอกจากนี้ อาจออกแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมหรือเปรียบเทียบรูปแบบกิจกรรมอบรมที่แตกต่างกัน รวมทั้งศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว เพื่อน และสภาพแวดล้อมโรงเรียนที่มีผลต่อการรับรู้และความเข้าใจ และพิจารณาศึกษาในกลุ่มย่อยเฉพาะ เช่น นักเรียนข้ามเพศ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและตอบโจทย์การพัฒนาโปรแกรมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากนายแพทย์ชาตรี เมธาธราธิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่ผลักดันและส่งเสริมขวัญกำลังใจ รวมถึงให้คำปรึกษาในการดำเนินการงาน ขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นทุกท่านที่ให้การสนับสนุนวิจัยในครั้งนี้ และที่สำคัญอย่างยิ่งขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ในความร่วมมือทุกกระบวนการจัดทำงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. Ipsos. Global attitudes toward sexual orientation and gender identity. Ipsos Global Advisor; 2021.
2. United Nations Development Programme (UNDP). LGBTI inclusion index: Thailand country profile. New York: UNDP; 2024.
3. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, อาภาพร วงศ์พิวัฒน์. อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของ

บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2566;53(2):215–28.

4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์สุขภาพประชากรหลากหลายทางเพศในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2567.
5. Hfocus. กรมอนามัยชี้ไทยมีประชากร LGBTQ+ ราว 4 ล้านคน ยังขาดข้อมูลเชิงระบบ. Hfocus.org; 2568.
6. กรมสุขภาพจิต. สถานการณ์สุขภาพจิตของบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2562.
7. ปิยวรรณ วิเศษสุวรรณภูมิ, และคณะ. พัฒนาการและความท้าทายของวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศ. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2565;34(1):45–59.
8. ฟองดี, และคณะ. ประสบการณ์การถูกกระทำในระดับจุลภาค (microaggressions) ของเยาวชน LGBTQ+ ในประเทศไทย. วารสารสังคมศาสตร์. 2568;40(1):89–107.
9. United Nations Population Fund (UNFPA) Thailand. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: UNFPA Thailand; 2559.
10. ภัทรปภา พรมลา, และคณะ. การรับรู้สิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นไทยภายใต้พระราชบัญญัติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. วารสารกฎหมายสุขภาพ. 2565;18(2):133–48.
11. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2564.
12. กรมควบคุมโรค. รายงานเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2568. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2568.
13. ทัศนีย์ ชัยวัฒน์, และคณะ. ทัศนคติและความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อบุคคล LGBTQ+. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2564;39(3):72–85.
14. ลภัสรดา พรหมสิทธิ์, และคณะ. ทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลต่อบุคคลข้ามเพศ. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2566;16(1):58–70.
13. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
14. สุวิมล วงศ์พฤกษ์, และคณะ. การจัดการเรียนรู้เชิงมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตของวัยรุ่น. วารสารศึกษาศาสตร์. 2563;41(2):85–98.
15. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (สมรสเท่าเทียม) พ.ศ. 2568. เล่มที่ 142 ตอนพิเศษ 6 ก; 23 มกราคม 2568.
16. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. คู่มือการสร้างความเข้าใจด้านสิทธิทางกฎหมายและบริการสุขภาพสำหรับกลุ่ม LGBTQ+. ขอนแก่น: ศูนย์อนามัยที่ 7; 2567.
17.ชนิตา รุ่งวิทยาการ, มเหศักดิ์ ภูริวัฒน์ภากร. การพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อรับรองมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2569;18(1):15-7.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพร ของบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

สุภาดา วิมาเณย์[1*],นพรัตน์ เสนาฮาด[2]

(วันที่รับบทความ: 7 มีนาคม 2569, วันที่แก้ไข: 26 พฤษภาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 27 พฤษภาคม 2569)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาวิจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านการใช้สมุนไพรทางการแพทย์ และการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาที่มีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพร ของบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ บุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ และใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 300 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน - 20 ธันวาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ การถดถอยพหุโลจิสติก กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุข คือ ตำแหน่งแพทย์แผนไทย (OR_{adj} = 3.65, 95% CI: 1.10-12.08, p-value = 0.034) การได้รับอบรมเกี่ยวกับการสั่งจ่ายยาสมุนไพร (OR_{adj} = 1.83, 95% CI: 1.03-3.24, p-value = 0.039) ความรอบรู้การใช้ยาสมุนไพรทางการแพทย์ ด้านการประเมินการใช้ยาสมุนไพรระดับเพียงพอ/ดีเยี่ยม (OR_{adj} = 1.26, 95% CI: 1.03-1.54, p-value = 0.023) และการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ด้านการตรวจสอบและรายงานยาและเวชภัณฑ์ระดับสูง (OR_{adj} = 1.50, 95% CI: 1.09-2.06, p-value = 0.011) ดังนั้นผู้บริหารควรมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระดับปฐมภูมิที่ชัดเจน ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาระบบกำกับติดตามด้านการบริหารจัดการยาให้มีประสิทธิภาพ เพื่อยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยในการใช้ยาสมุนไพรอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, การสั่งจ่ายยาสมุนไพร

---

[1]นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต [2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์

[1,2]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding author: สุภาดา วิมาเณย์ e-mail: Supada.w@kkumail.com

Factors Associated with Herbal Medicine Prescription Of Public Health Personnel in Sub - District Health Promoting Hospitals in Kalasin Province

Supada Wimaney[1*],Nopparat Senahad[2]

(Received: 7th March 2026, Revised: 26th May 2026, Accepted: 27th May 2026)

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine the association between personal characteristics, herbal medicine literacy, and the management of medicines and non-drug medical supplies with herbal medicine prescribing among healthcare personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals in Kalasin Province. The study population consisted of healthcare personnel working in Sub-district Health Promoting Hospitals in Kalasin Province. The sample size was calculated using a formula for analyzing relationships among variables, and stratified random sampling was applied, yielding a total of 300 participants. Data were collected using a questionnaire between November 15 and December 20, 2025. Data analysis was performed using descriptive statistics and multiple logistic regression analysis, with the level of statistical significance set at 0.05.

The results revealed that factors significantly associated with herbal medicine prescribing among healthcare personnel included being a Thai traditional medicine practitioner (OR_{adj} = 3.65, 95% CI: 1.10-12.08, p-value = 0.034), receiving training on herbal medicine prescribing (OR_{adj} = 1.83, 95% CI: 1.03-3.24, p-value = 0.039), having adequate to excellent herbal medicine literacy in terms of evaluation of herbal medicine use (OR_{adj} = 1.26, 95% CI: 1.03-1.54, p-value = 0.023), and having a high level of competence in inspection and reporting within the management of medicines and non-drug medical supplies (OR_{adj} = 1.50, 95% CI: 1.09-2.06, p-value = 0.011). Therefore, administrators should establish clear policies to promote the use of herbal medicines at the primary care level. alongside continuous capacity building for healthcare personnel across all professional groups, and strengthening monitoring systems for medicine management to enhance safety standards in the sustainable use of herbal medicines.

Keywords: public health personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals, associated Factors, herbal medicine prescribing.

[1]Student, Mastre of Public Health Program, [2]Lecturer.

[1,2]Faculty of Public Health, Khon Kaen University.

*Corresponding author: Supada Wimaney e-mail: Supada.w@kkumail.com

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้บูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบสุขภาพภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580)[1] โดยกำหนดให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานเป็น Service Plan[2] ในหน่วยบริการของรัฐทุกระดับ พร้อมส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อลดการพึ่งพายานำเข้าและเพิ่มมูลค่าเศรษฐกิจฐานราก[3] ปีงบประมาณ 2568 ตัวชี้วัดสำคัญกำหนดให้ผู้ป่วยกลุ่ม Common Diseases and Symptoms ได้รับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 อย่างไรก็ตาม มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรทั่วประเทศยังคิดเป็นเพียงร้อยละ 0.41 ของมูลค่ายาผู้ป่วยนอกทั้งหมด ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญ[4] สะท้อนช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติในระดับพื้นที่ การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสั่งจ่ายยาสมุนไพร โดยพบว่าเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จังหวัดสมุทรสาคร สั่งใช้ยาสมุนไพรเป็นประจำร้อยละ 48.30 และบางครั้งร้อยละ 51[5] แพทย์แผนปัจจุบันจังหวัดปทุมธานีเคยสั่งจ่ายยาสมุนไพรร้อยละ 75.23 และพบปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศและตำแหน่งวิชาชีพ ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพรด้วยตนเอง ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ตลอดจนความต้องการสั่งจ่ายยาของบุคลากรและความต้องการใช้ยาของผู้ป่วย[6] [7] [8] [9] ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการตัดสินใจสั่งใช้ยาไม่ได้ขึ้นอยู่กับองค์ความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ยังมีความสัมพันธ์กับทัศนคติและปัจจัยแวดล้อมของผู้ป่วยร่วม สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูล[10] จังหวัดกาฬสินธุ์ มี รพ.สต. 157 แห่ง โดยมีการจัดบริการแพทย์แผนไทยครบทุกแห่ง แม้จะมีการจัดบริการครอบคลุมทุกพื้นที่ แต่กลับมีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพียงร้อยละ 0.37 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 10[4] สะท้อนถึงช่องว่างสำคัญระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติจริงในระดับพื้นที่ การวิจัยนี้จึงศึกษาปัจจัยด้านความรอบรู้เชิงสุขภาพและระบบบริหารจัดการยาของบุคลากรปฐมภูมิ เพื่อระบุอุปสรรคเชิงโครงสร้างและหาแนวทางเพิ่มอัตราการสั่งจ่ายยาสมุนไพรให้บรรลุผลตามตัวชี้วัดของประเทศอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. อัตราของการสั่งจ่ายยาสมุนไพร อาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง ของบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์
2. ปัจจัยที่ที่มีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรระดับสูงของบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

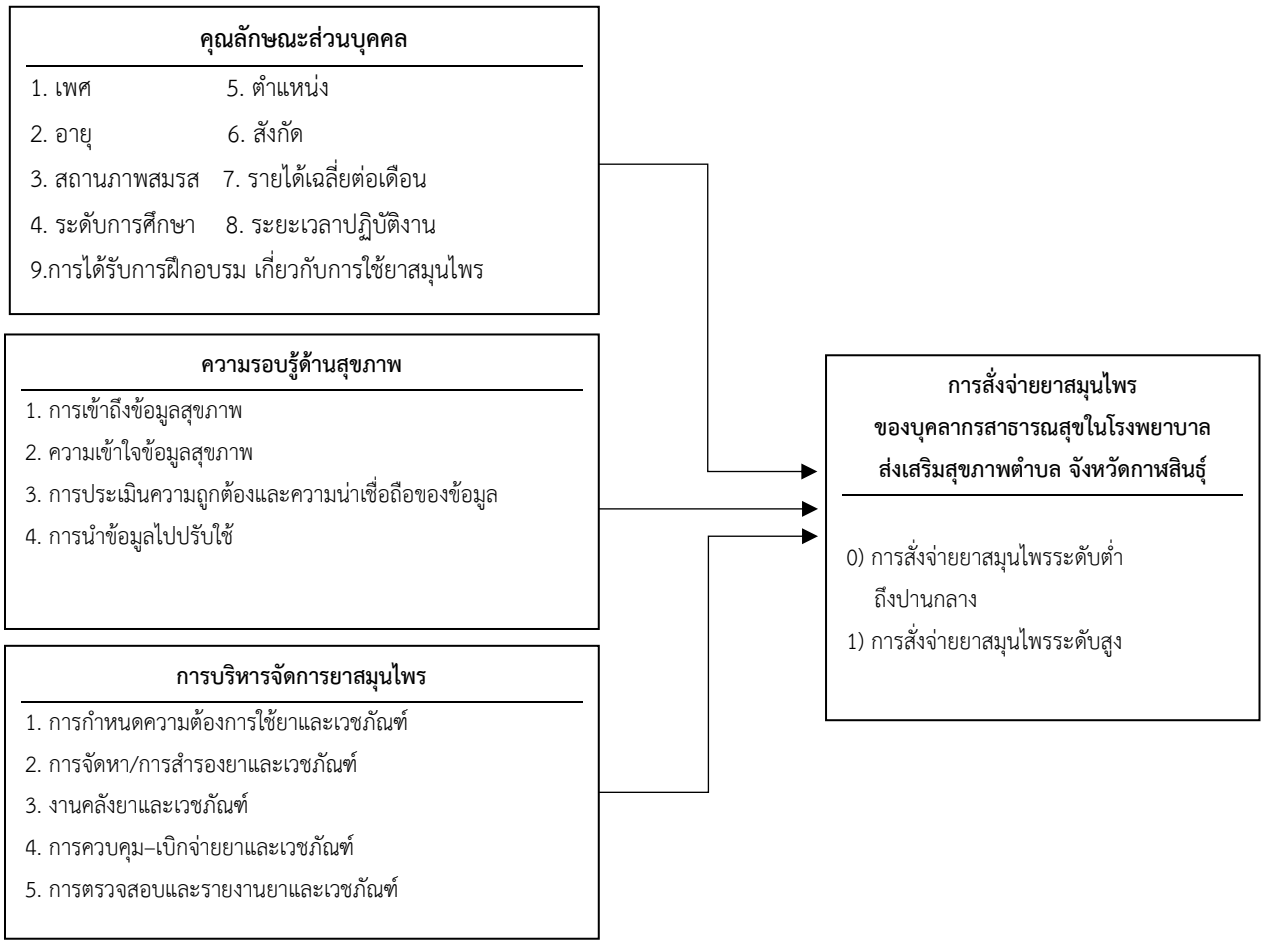
สมมติฐานการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการบริหารจัดการยาสมุนไพร มีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งจำแนกออกเป็นปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้าน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการยาสมุนไพร ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสั่งจ่ายยาสมุนไพร ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Research) ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านการบริหารจัดการยาสมุนไพร ที่มีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรในการศึกษา คือ บุคลากรสาธารณสุข ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข และแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งนี้ บุคลากรดังกล่าวปฏิบัติงานมีบทบาทในการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพรตามขอบเขตวิชาชีพโดยสามารถสั่งจ่ายยาสมุนไพรได้ตามกฎหมาย และระเบียบที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ขอบเขตหน้าที่ ความรู้

ความสามารถ และการกำกับดูแลของหน่วยบริการ[11] [12] [13]

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 708 คน[14] [15] โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

(1) เป็นบุคลากรสาธารณสุข ในกลุ่มวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย

(2) เป็นบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน ไม่ต่ำกว่า 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ที่ไม่สมัครใจหรือไม่ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขนาดตัวอย่าง

ใช้การสูตรคำนวณตัวอย่างสำหรับกรณีวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ใช้สถิติ Multiple logistic regression[16] จากการศึกษาก่อนหน้า[8] เมื่อแทนค่าในสมการได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 150 ตัวอย่าง เพื่อให้ได้ค่าประมาณการที่แม่นยำ และควบคุมอิทธิพลของปัจจัยร่วมจึงใช้การวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression โดยมีการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยค่า VIF (Variance Inflation Factor) เพื่อป้องกันปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ส่งผลให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 300 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แยกตามตำแหน่งดังนี้ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 124 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 105 เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 55 คน และ แพทย์แผนไทย จำนวน 16 คน รายละเอียดดังตารางที่ 1 จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดออกสำหรับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ และดำเนินการสุ่มตัวอย่างทดแทนจากประชากรในบัญชีรายชื่อเดิม โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามเป้าหมายและครอบคลุมทุกกลุ่มวิชาชีพ

ตารางที่ 1 จำนวนขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร จำแนกรายตำแหน่งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์

ลำดับ	ตำแหน่ง	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
1	พยาบาลวิชาชีพ	292	124
2	นักวิชาการสาธารณสุข	248	105
3	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	131	55
4	แพทย์แผนไทย	37	16
	รวม	**708**	**300**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ แบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน รายละเอียด มี 4 ส่วน ได้แก่

(1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ

(2) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ (ยากมาก–ง่ายมาก) การแปลผลใช้เกณฑ์ HLS-EU Consortium[17]

(3) แบบสอบถามด้านการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (น้อยที่สุด–มากที่สุด) โดยจัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง[18]

(4) แบบประเมินการสั่งใช้ยาสมุนไพรในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง จำนวน 10 ข้อ โดยจัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง[18]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากหน่วยงานส่วนกลางในจังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนลงพื้นที่ชี้แจงรายละเอียดและส่งมอบแบบสอบถามให้ รพ.สต. ด้วยตนเอง โดยมีกำหนดรับคืนภายใน 30 วัน ระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน ถึง 20 ธันวาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบ่งเป็น 2 ชุด ชุดที่ 1 คือคุณลักษณะส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และชุดที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้สถิติการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงแบบตัวแปรเดียว (Bivariate analysis) ด้วยสถิติ Simple logistic regression แสดงค่า Odds Ratio อย่างหยาบ (crude OR) และ 95% CI การวิเคราะห์แบบคราวละหลายตัวแปร (Multivariable Analysis) ด้วยสถิติ Multiple Logistic Regression ใช้วิธีการตัดตัวแปร ออกทีละตัวแปร (Backward Elimination) นำเสนอข้อมูล ด้วยค่า Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}), และ 95% CI

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2568 ลำดับที่ 3.4.02 : 38/2568 เลขที่ HE 682165

ผลการวิจัย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.00 มีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.67 โดยมีอายุเฉลี่ย 39.25 ปี (S.D. 9.56 ปี) สถานภาพคู่ /สมรส คิดเป็นร้อยละ 52.00ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 86 มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ

คิดเป็นร้อยละ 41.33 สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ คิดเป็นร้อยละ 53.33 โดยมีรายได้ระหว่าง 20,001 -30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.00 โดยมีรายได้เฉลี่ย 34,034 บาท (S.D. 15,373 บาท) มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในช่วงระหว่าง 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 26 พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 68.00 และเคยได้รับการอบรม 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 87.50

อัตราของการสั่งจ่ายยาสมุนไพร ของบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสั่งจ่ายยาสมุนไพร สำหรับดูแลผู้ป่วย 10 กลุ่มอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง ในกลุ่มอาการอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.67 รองลงมาคือกลุ่มอาการไข้หวัด/โควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 83.67 กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ คิดเป็นร้อยละ 80.67 กลุ่มอาการท้องผูก/ริดสีดวงทวารหนัก คิดเป็นร้อยละ 79.00 กลุ่มอาการท้องเสีย (ไม่ติดเชื้อ)คิดเป็นร้อยละ 53.00 กลุ่มอาการวิงเวียน คิดเป็นร้อยละ 45.67 กลุ่มอาการทางผิวหนัง/แผล คิดเป็นร้อยละ 36.33 กลุ่มอาการเบื่ออาหาร คิดเป็นร้อยละ 28.33 กลุ่มอาการนอนไม่หลับคิดเป็นร้อยละ 23.67 และกลุ่มอาการชาจากอัมพฤกษ์ อัมพาต คิดเป็นร้อยละ 13.33 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของการสั่งจ่ายยาสมุนไพร สำหรับดูแลผู้ป่วย 10 กลุ่มอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงใน 2 สัปดาห์ ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=300)

10 กลุ่มอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง	จำนวน (ร้อยละ) สั่งจ่าย	95% CI
1. กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ	242 (80.67)	0.76 - 0.85
2. กลุ่มอาการไข้หวัด/โควิด-19	251 (83.67)	0.79 - 0.87
3. กลุ่มอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ	281 (93.67)	0.90 - 0.96
4. กลุ่มอาการท้องผูก/ริดสีดวงทวารหนัก	237 (79.00)	0.74 - 0.83
5. กลุ่มอาการวิงเวียน	137 (45.67)	0.39 - 0.51
6. กลุ่มอาการชาจากอัมพฤกษ์ อัมพาต	40 (13.33)	0.09 - 0.17
7. กลุ่มอาการทางผิวหนัง/แผล	109 (36.33)	0.30 - 0.41
8. กลุ่มอาการท้องเสีย (ไม่ติดเชื้อ)	159 (53.00)	0.47 - 0.58
9. กลุ่มอาการเบื่ออาหาร	85 (28.33)	0.23 - 0.33
10. กลุ่มอาการนอนไม่หลับ	71 (23.67)	0.18 - 0.28

ผลการวิเคราะห์อัตราของการสั่งจ่ายยาสมุนไพร สำหรับดูแลผู้ป่วย 10 กลุ่มอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 8.33 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 29.67 และมีการสั่งจ่ายยาสมุนไพรอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 22.00 ดังรายละเอียด ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับของการสั่งจ่ายยาสมุนไพร สำหรับดูแลผู้ป่วย 10 กลุ่มอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง ของบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=300)

การสั่งจ่ายยาสมุนไพร สำหรับดูแลผู้ป่วย 10 กลุ่มอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง	จำนวน	ร้อยละ	95% CI
ระดับต่ำ	66	22.00	0.17 - 0.27
ระดับปานกลาง	145	48.33	0.42 - 0.54
ระดับสูง	89	29.67	0.24 - 0.35

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพร

พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพร ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.0 (p-value=0.05) มีดังนี้ บุคลากรสาธารณสุข ตำแหน่งแพทย์แผนไทย มีโอกาสสั่งจ่ายยาสมุนไพร เป็น 3.65 เท่า เมื่อเทียบกับ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ, นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adj} = 3.65, 95% CI: 1.10-12.08, p-value=0.034) บุคลากรสาธารณสุขที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสั่งจ่ายยาสมุนไพร มีโอกาสสั่งจ่ายยาสมุนไพร เป็น 1.83 เท่า เมื่อเทียบกับไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสั่งจ่ายยาสมุนไพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adj} =1.83, 95% CI: 1.03-3.24,p-value=0.039) บุคลากรสาธารณสุขที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการประเมินการใช้ยาสมุนไพรทางการแพทย์อยู่ในระดับเพียงพอ-ดีเยี่ยม มีโอกาสสั่งจ่ายยาสมุนไพร เป็น 1.26 เท่า เมื่อเทียบกับระดับไม่เพียงพอ -เป็นปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adj}=1.26, 95% CI: 1.03-1.54, p-value =0.023) บุคลากรสาธารณสุข ที่มีการบริหารจัดการยาสมุนไพร ด้านการตรวจสอบและรายงานยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาอยู่ในระดับสูง มีโอกาสสั่งจ่ายยาสมุนไพร เป็น 1.50 เท่าเมื่อเทียบกับมีการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาในระดับต่ำ-ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adj} =1.50, 95% CI: 1.09-2.06, p-value= 0.011) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบ (Multiple Logistic Regression) ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพร ระดับสูง ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล

ปัจจัย	ร้อยละการสั่งจ่ายยาสมุนไพร ระดับสูง		Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ				
ตำแหน่ง						**0.034**
พยาบาลวิชาชีพ/ นักวิชาการสาธารณสุข/ จพ.สาธารณสุข	78	27.46	Ref	-	-	
แพทย์แผนไทย	11	68.75	5.81	3.65	1.10-12.08	
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสั่งจ่ายยาสมุนไพร						**0.039**
ไม่เคย	47	23.04	Ref	-	-	
เคย	42	43.75	2.59	1.83	1.03-3.24	
ความรอบรู้การใช้ยาสมุนไพรทางการแพทย์ (ด้านการประเมิน)						**0.023**
ไม่เพียงพอ/เป็นปัญหา	20	17.24	Ref	-	-	
เพียงพอ/ดีเยี่ยม	60	37.50	1.42	1.26	1.03-1.54	
การบริหารจัดการยาสมุนไพร (ด้านการตรวจสอบและรายงานยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา)						**0.011**
ต่ำ/ปานกลาง	19	17.92	Ref	-	-	
สูง	70	36.08	1.60	1.50	1.09-2.06	

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

อัตราการสั่งจ่ายยาสมุนไพรใน 10 กลุ่มอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.33) ซึ่งมีอัตราที่ต่ำกว่าการศึกษาก่อนหน้า ที่พบการสั่งจ่ายยาสมุนไพรสูงถึงร้อยละ 72.20[8] และพบพฤติกรรมการสั่งใช้เป็นประจำสูงถึงร้อยละ 80.00[7] เมื่อพิจารณารายกลุ่มอาการ พบว่ากลุ่มอาการท้องอืด (ร้อยละ 93.67) ไข้หวัด (ร้อยละ 83.67) และปวดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 80.67) เป็น 3 อันดับแรกที่มีการสั่งจ่ายสูงสุด ซึ่งผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับรูปแบบการใช้ยาสมุนไพร ในการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่ายาสมุนไพรในกลุ่มอาการทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ และกล้ามเนื้อ เป็นกลุ่มยาหลักที่บุคลากรมีความคุ้นเคยและนำมาใช้จริงในระบบบริการสุขภาพ[19-20] เนื่องจากมีแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) รองรับชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมมีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาในบางพื้นที่ที่พบการสั่งใช้เพียงบางครั้งหรือบางโอกาสอยู่ในช่วงร้อยละ 51.70 ถึง 58.90[5], [21] สะท้อนให้เห็นว่าในบริบทของพื้นที่ศึกษา การสั่งจ่ายยาสมุนไพรยังคงมีลักษณะเป็นทางเลือกเสริมหรือใช้

ตามความเหมาะสมรายกรณี มากกว่าจะเป็นทางเลือกหลักอย่างต่อเนื่องในด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้ ตำแหน่งแพทย์แผนไทย มีโอกาสสั่งจ่ายมากกว่าตำแหน่งอื่น 3.65 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าบุคลากรตำแหน่งอื่น นำองค์ความรู้แพทย์แผนไทยไปใช้น้อยกว่าตำแหน่งแพทย์แผนไทย ร้อยละ 90[22] การได้รับการอบรม มีโอกาสสั่งจ่ายมากกว่า 1.83 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ผ่านการอบรมมีโอกาสนำความรู้ไปใช้ 3.70 เท่า[22] และมีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัย[23] ความรอบรู้ด้านการประเมินการใช้ยาสมุนไพรระดับเพียงพอ มีโอกาสสั่งจ่ายมากกว่า 1.26 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการนำองค์ความรู้ไปใช้[22] สะท้อนให้เห็นว่าความรอบรู้และการรับรู้เป็นฐานรากเชิงปัญญาที่สำคัญในการขับเคลื่อนพฤติกรรมเชิงวิชาชีพ หากบุคลากรสามารถคัดกรองและประเมินข้อมูลความปลอดภัยได้อย่างถูกต้องจะช่วยลดความกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในบางพื้นที่ ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพร[7] ซึ่งอาจเกิดจากบริบทเชิงระบบที่ต่างกัน โดยในพื้นที่ศึกษานี้ ความรอบรู้ที่เพียงพอช่วยให้บุคลากรสามารถก้าวข้ามข้อจำกัดด้านความกลัวเรื่องอาการไม่พึงประสงค์ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการสั่งใช้ยาที่สูงกว่ากลุ่มที่มีปัญหาด้านความรอบรู้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การพัฒนาความรอบรู้เชิงลึกควบคู่กับการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติที่ชัดเจน จึงเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญที่ จะช่วยยกระดับการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพให้มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และระบบบริหารจัดการยาสมุนไพร การตรวจสอบและรายงานยาระดับสูงมีโอกาสสั่งจ่ายมากกว่า 1.50 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการกำกับติดตามภายในหน่วยบริการและการสนับสนุนจากส่วนกลางมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการจัดบริการที่ได้มาตรฐาน[24] ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการตรวจสอบความพร้อมและรายงานผลการใช้ยาช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้สั่งใช้ยาว่ามีรายการยาที่เพียงพอและมีคุณภาพพร้อมใช้งานอยู่เสมอ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่าปัจจัยด้านการจำหน่ายหรือความปลอดภัยไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาสมุนไพร[9] อาจเกิดจากนโยบายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งในปัจจุบันระบบหลักประกันสุขภาพได้ให้ความสำคัญกับการควบคุมมาตรฐานและการรายงานข้อมูลยาผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น ส่งผลให้ระบบบริหารจัดการยากลายเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการสั่งจ่ายยาอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นการพัฒนาระบบสนับสนุนทางวิชาการควบคู่ไปกับการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยผลักดันให้การใช้ยาสมุนไพรในระดับปฐมภูมิบรรลุเป้าหมายตามนโยบายของประเทศ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการกำหนดนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรใน รพ.สต. ให้ชัดเจนและเป็นรูปธรรม

เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรทุกวิชาชีพสั่งจ่ายยาได้อย่างมั่นใจ ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสนับสนุนในตัวบุคคลโดยจัดหลักสูตรอบรมมาตรฐานอย่างต่อเนื่องและบรรจุไว้ในแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี นอกจากนี้ควรพัฒนาระบบกำกับติดตามที่ใช้ตัวชี้วัดชัดเจน ทั้งเรื่องความครบถ้วนของคลังยาและคุณภาพการรายงานผล เพื่อยกระดับการบริหารจัดการยาสมุนไพรในภาพรวมให้มีมาตรฐานและความปลอดภัยสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ด้านสาธารณสุข และการขับเคลื่อนสู่ความเป็นเลิศ 5 ด้าน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและทิศทางการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อความมั่นคงด้านยาและเศรษฐกิจสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แนวทางการดำเนินงาน Service Plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. รายงานผลการดำเนินงานและตัวชี้วัดการส่งเสริมการใช้การแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
5. พิภัทรา จุลสวัสดิ์. การประเมินการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสาคร. กาญจนบุรีเวชสาร. 2566;11(31):20-7.
6. ปวันรัตน์ กิจเฉลา, ศรี วายุรกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(2):145-58.
7. ธนากร ประทุมชาติ, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2565;20(2):45-56.
8. ชลทิวา ทองรัตน์, ครียานน ตีรพัฒน์, ยุวนุช สัตยสมบูรณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนนทบุรี. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 2568;11(1):104-15.
9. นภัสรัญชน์ ฤกษ์เรืองฤทธิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลอู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
10. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.
11. พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556. ราชกิจจานุเบกษา; 2556.

12. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. บัญชียาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
13. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. แนวทางการใช้ยาจากสมุนไพรในระบบบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
14. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานข้อมูลบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2568. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2568.
15. องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์. ฐานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนภารกิจปีงบประมาณ 2568. กาฬสินธุ์: องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์; 2568.
16. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998;17(14):1623-34.
17. HLS-EU Consortium. Comparative report of health literacy in eight EU member states. Brussels: HLS-EU Consortium; 2012.
18. Best JW. Research in education. 4th ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1981.
19. ภิลันทน์ สังคง, กุลภมรย์ น้อยมา, ดุษณีย์ สุวรรณคง. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติของผู้สั่งจ่ายยาในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ: กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(6):1-10.
20. ปัทมา ศิริวรรณ. ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้และการใช้ยาสมุนไพรของผู้ให้บริการและผู้รับบริการในโรงพยาบาลแม่ทา อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
21. พุทธชาด สังข์ประพันธ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดภูเก็ต. วารสารคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2566;1(1):1-15.
22. กิตติธร ปานเทศ, ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, ณัฐนารี เอมยงค์. ปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาให้บริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 2564;7(3):397-409.
23. Hassen J, Hashim R. Current awareness of health professionals on herbal medicine safety and associated factors in Southwest Ethiopia. Clin Phytosci. 2021;7(1):1-8.
24. ศศิกร องคำชุม, วิริณธิ์ กิตติพิชัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2565;16(2):221-36.

อิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ

อิฏฐาภรณ์ บุญเริ่ม[1*],นพรัตน์ เสนาฮาด[2],สุภารัตน์ ทัพโพธิ์[3]

(วันที่รับบทความ: 8 มีนาคม 2569, วันที่แก้ไข: 1 พฤษภาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 27 พฤษภาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาอิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ โดยศึกษาในผู้ป่วยระยะกลางทั้งหมด จำนวน 172 คน จึงไม่มีการสุ่ม เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2568 – 9 มกราคม 2569 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความถดถอยพหุโลจิสติก กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการตอบแบบสอบถาม จำนวน 122 คน เพศหญิง จำนวน 69 คน ร้อยละ 56.56 อายุเฉลี่ย 63.78 ปี (S.D.=16.09) ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน จำนวน 61 คน ร้อยละ 50.00 อาศัยนอกเขตเทศบาลเมือง จำนวน 101 คน ร้อยละ 82.79 ค่าอาหารเฉลี่ย 205.66 บาท (S.D.= 135.37) การขาดงานมีการลาออก/ว่างงาน จำนวน 56 คน ร้อยละ 45.90 เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพครบภายใน 6 เดือน ร้อยละ 37.70 และปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมและต้นทุนทางอ้อมที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายอาหาร/เครื่องดื่ม (OR_{adj}=10.11, 95% CI: 1.41–27.30) การขาดรายได้ (OR_{adj}=3.63, 95% CI: 1.34–9.85) และอาชีพพนักงานบริษัท/รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย (OR_{adj}=3.20, 95% CI: 1.15–8.93)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าต้นทุนทางอ้อมมีบทบาทสำคัญต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งควรนำไปใช้ในการวางแผนนโยบายเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยระยะกลางอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการ, ฟื้นฟูสมรรถภาพ, ต้นทุนทางอ้อม, ผู้ป่วยระยะกลาง

[1]นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, [2]อาจารย์, [3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
[1]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, [2]กลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, [3]สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
*Corresponding author: อิฏฐาภรณ์ บุญเริ่ม e-mail: ittaporn.b@kkumail.com

The Influence of Indirect Costs on Access to Rehabilitation Services Among Intermediate Care Patients in Mueang Chaiyaphum District

Ittaporn Boonream[1*],Nopparat Senahad[2],Suparat Tappo[3]

(Received: 8th March 2026, Revised: 1st May 2026, Accepted: 27th May 2026)

Abstract

This study employed a cross-sectional analytical research design to examine the influence of indirect costs on access to rehabilitation services among intermediate care patients in Mueang Chaiyaphum District. The study included all 172 intermediate care patients; therefore, no random sampling was conducted. Data was collected between December 1, 2025, and January 9, 2026, using a structured interview questionnaire. Content validity was assessed by three experts, with all items yielding a content validity index greater than 0.50 and a reliability coefficient of 0.97. Descriptive and inferential statistics were used for data analysis, including multiple logistic regression, with a statistical significance level set at 0.05.

The results showed that 122 intermediate care patients completed the questionnaire. Of these, 69 were female (56.56%), with a mean age of 63.78 years (S.D. = 16.09). Sixty-one participants (50.00%) were unemployed or had no occupation, and 101 (82.79%) resided outside the municipal area. The average food expenditure was 205.66 baht (S.D. = 135.37). Fifty-six participants (45.90%) had resigned from or lost their jobs due to their condition. Only 37.70% of patients completed rehabilitation services within six months. Social determinants of health and indirect cost factors significantly associated with access to rehabilitation services included food and beverage expenditure (OR_{adj} = 10.11, 95% CI: 1.41–27.30), loss of income (OR_{adj} = 3.63, 95% CI: 1.34–9.85), and occupation as a company employee, general laborer, or self-employed trader (OR_{adj} = 3.20, 95% CI: 1.15–8.93).

The findings indicate that indirect costs play a significant role in access to rehabilitation services. These results should be applied to inform policy planning aimed at reducing financial burdens and improving equitable access to rehabilitation services for intermediate care patients.

Keywords: Accessibility, Rehabilitation, Indirect Cost, Intermediate-Stage Patients

---

[1]Student, Mastre of Public Health Program, [2]Lecturer, [3]Registered Nurse, Senior Professional Level

[1]Faculty of Public Health, Khon Kaen University, [2]Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, [3]Roi Et Provincial Public Health Office

*Corresponding author: Ittaporn Boonream e-mail: ittaporn.b@kkumail.com

บทนำ

ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (2561 - 2580) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพการดูแลระยะกลาง มีเป้าหมายในการลดความแออัดในโรงพยาบาล ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง ได้รับบริการในสถานพยาบาลใกล้บ้าน พร้อมทั้งบูรณาการกับระบบบริการปฐมภูมิหลายภาคส่วนในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนอย่างเหมาะสม[1] โดยในปี 2567 – 2568 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเร่งรัดในการยกระดับระบบบริการสาธารณสุขพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน สร้างความมั่นคงทางสุขภาพคนไทยทุกมิติ ทั้งการส่งเสริม ควบคุมป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสภาพครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน สะดวกและรวดเร็ว[2] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ได้นำนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมาขับเคลื่อนบูรณาการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด โดยมีเป้าหมายในการสร้างรากฐานระบบสุขภาพให้แข็งแกร่ง ให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้น อายุยืนยาวเพิ่มขึ้น ในการยกระดับสาธารณสุขไทย แข็งแรงทุกวัย เศรษฐกิจสุขภาพไทยมั่นคง ซึ่งในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางใน 4 กลุ่มโรค ซึ่งดูแลตั้งแต่เข้ารักษาภายในโรงพยาบาล จนกระทั่งมีสัญญาณชีพคงที่ เข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแพทย์ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด เพื่อให้นักกายภาพบำบัดตรวจประเมิน ออกแบบวางแผนการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ สอนท่าออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วยและญาติกลับไปปฏิบัติตัวที่บ้านจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีรูปแบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยใน 2) ผู้ป่วยนอก และ 3) นอกสถานพยาบาล[3] ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วยในช่วงเวลาทองของชีวิต 6 เดือนแรกหลังได้รับบาดเจ็บ หากให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายทางกายภาพบำบัดในช่วงหลังจากพ้นระยะวิกฤต จะช่วยลดความพิการและช่วยให้ฟื้นกลับคืนสู่ภาวะปกติได้[4]

ปัจจัยที่น่าสนใจที่อาจมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง คือ ต้นทุนทางอ้อม ซึ่งภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 ทำให้คนไทยทุกวัยได้รับหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงในยามเจ็บป่วย[5] ทำให้ไม่ต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังต้องประสบกับค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลแต่ละครั้ง เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร ค่าน้ำมันรถ ค่าจ้างคนดูแล เป็นต้น [6] นอกจากนี้ผู้ป่วยบางกลุ่มเมื่อมาสถานพยาบาลตามนัดจะต้องประสบกับการสูญเสียรายได้จากการหยุดงาน การถูกหักเงินเดือน หรือถูกเลิกจ้างจากการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้

ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องที่บ้านมีระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลผ่านความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยภูมิ ซึ่งมีส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านช่องทาง แอพพลิเคชั่นไลน์ โปรแกรม ThaiCOC และฐานข้อมูล IMC เมือง

ชัยภูมิ โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบสามารถกรอกข้อมูลรายงานผู้ป่วยผ่านระบบได้ จากการรายงานในระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยระยะกลางอำเภอเมืองชัยภูมิ ณ เดือน สิงหาคม 2568 ยังพบปัญหาในการปฏิบัติงานดูแลต่อเนื่องในพื้นที่ เช่น ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย การโยกย้ายที่อยู่อาศัย การติดต่อผู้ป่วย การออกเยี่ยมประเมินติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน ปัญหาการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ญาติผู้ป่วยปฏิเสธการเยี่ยม ความปลอดภัยและภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าระบบบริการในระดับพื้นที่จะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การส่งต่อข้อมูลผ่านระบบ ThaiCOC และ IMC รวมถึงการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพในชุมชน เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน อย่างไรก็ตามยังพบว่าการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่อำเภอเมืองชัยภูมิยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ร้อยละ 85 สะท้อนให้เห็นว่ามาตรการที่ดำเนินการอยู่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในบริบทของผู้ป่วยระยะกลาง ในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด และยังไม่มีการศึกษาเชิงประจักษ์ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยภูมิ ดังนั้น จึงยังมีช่องว่างขององค์ความรู้ (research gap) เกี่ยวกับอิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกลางในบริบทพื้นที่จริง ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนานโยบายและการจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและเศรษฐกิจของประชาชนและใช้ในการวางแผนนโยบายในการส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม และต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยระยะกลางต่อการข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

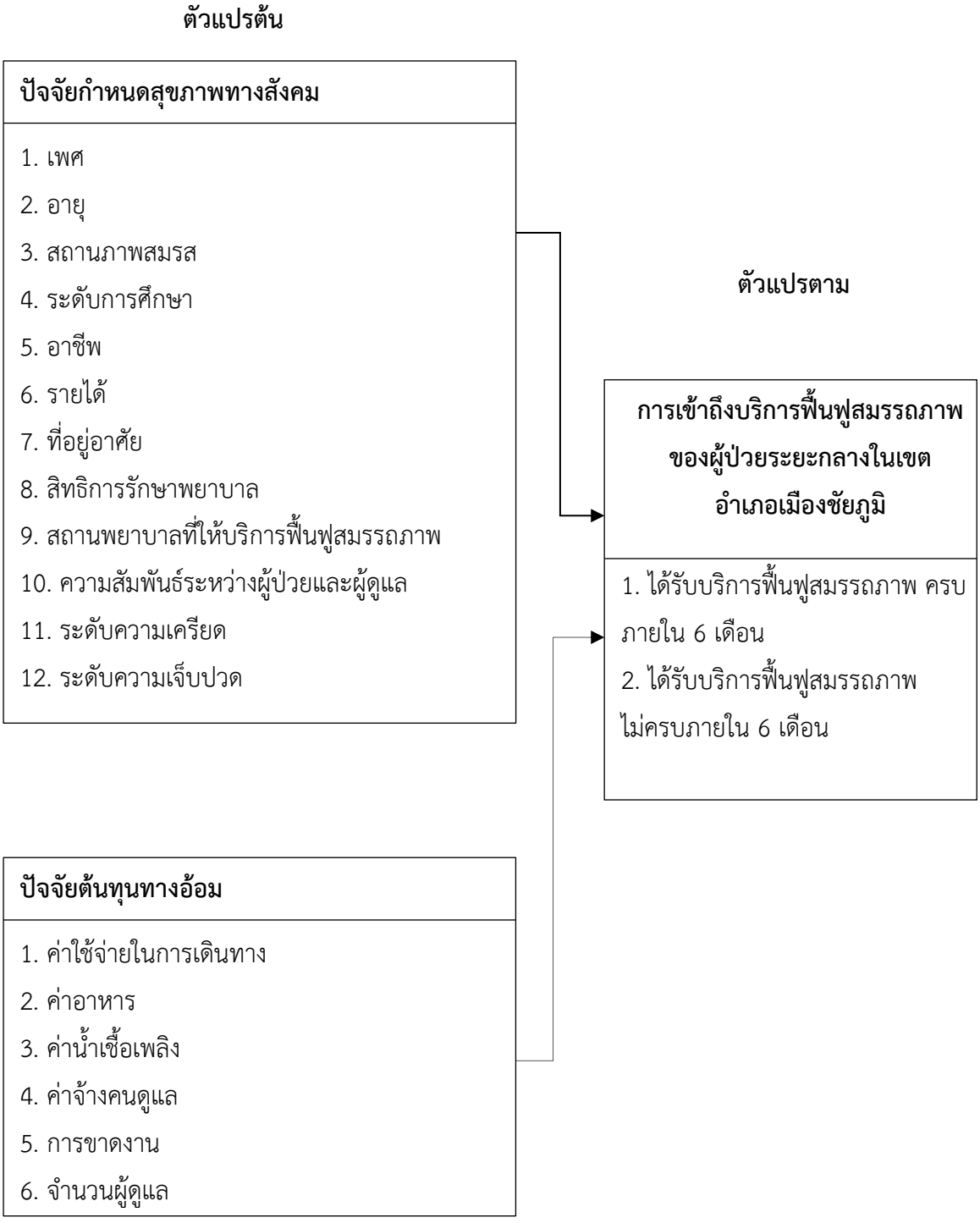
สมมติฐาน

ผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพครบภายใน 6 เดือน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาอิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ โดยศึกษาในผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 172 คน ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2568 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2569

กรอบแนวคิดการวิจัย



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง หรือ ผู้ให้ข้อมูล

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 172 คน ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2568 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและ คัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) เป็นผู้ป่วยระยะกลางใน 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยระยะกลางในระบบฐานข้อมูล ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง

(Traumatic Brain Injury) หรือ 3) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury) หรือ 4) ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก (Fragility hip fracture) รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิต และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะกลางตามเกณฑ์ ภายในช่วงเดือน มิถุนายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

2) เป็นผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

3) เป็นผู้ป่วยระยะกลางที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

4) เป็นผู้ป่วยระยะกลางที่มีผู้ดูแลที่บ้านอย่างน้อย 1 คน และอาศัยในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ

5) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี โดยสามารถสื่อสาร และถามตอบภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ

6) เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) เป็นผู้ที่เสียชีวิตระหว่างเก็บข้อมูล

2) เป็นผู้ที่ย้ายที่อยู่อาศัย

3) เป็นผู้ที่ยังพักรักษาในโรงพยาบาล

4) เป็นผู้ที่ไม่สามารถติดต่อได้

5) เป็นผู้ที่ปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณสำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression[7] และใช้สูตรปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระของค่า Variance Inflation Factor จึงได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว จำนวน 127 คน ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอที่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรทั้งหมดเมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงไป ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 172 คน จึงไม่มีการสุ่ม ในกลุ่มผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะกลางในช่วงเดือน มิถุนายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2568 – 9 มกราคม 2569 ได้รับการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 122 คน เนื่องจากผู้ป่วยระยะกลางเสียชีวิต ย้ายที่อยู่อาศัย เข้ารักษาในโรงพยาบาล ติดต่อไม่ได้ และปฏิเสธตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) ในลักษณะของแบบสอบถามที่ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งอาจมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย โดยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ และแบบปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย 12 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับต้นทุนทางอ้อม เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ และแบบปลายเปิดให้เติมข้อความ จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 1 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 2 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยนำแต่ละข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC)

พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และนำแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 ชุด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่น มีค่าเท่ากับ 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป STATA Version 17 โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น โดยผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2568 ลำดับที่ 4.3.01: 36/2568 เลขที่ HE682168

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์หนังสือจากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการออกหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงขออนุเคราะห์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ เพื่อขอเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

2) หลังจากได้รับอนุญาตและได้รับข้อมูลจากโรงพยาบาลชัยภูมิแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัย จะโทรประสานเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการโดยสังเขปให้กับกลุ่มตัวอย่าง หากยินดีเข้าร่วม ผู้ช่วยนักวิจัยจึงจะลงพื้นที่ศึกษาและดำเนินการอธิบายรายละเอียดโครงการ และขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง โดยจะลงเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่บ้านหรือสถานที่ที่ผู้ป่วยสะดวกปลอดภัย

3) ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยโดยละเอียดให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนให้เวลาในการสักถามกรณีมีข้อสงสัย และขอคำยินยอมจากอาสาสมัคร หากอาสาสมัครยินยอมจึงจะเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ซึ่งผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์จำนวน 19 ข้อ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 35 นาที

ผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะกลาง ภายในช่วงเดือนมิถุนายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 มีทั้งหมดจำนวน 172 คน ได้รับการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น จำนวน 122 คน ร้อยละ 70.93 เนื่องจากผู้ป่วยระยะกลางเสียชีวิต จำนวน 34 คน ร้อยละ 19.77 ย้ายที่อยู่อาศัย จำนวน 8 คน ร้อยละ 4.65 เข้ารักษาในโรงพยาบาล จำนวน 2 คน ร้อยละ 1.16 ติดต่อไม่ได้ จำนวน 4 คน ร้อยละ 2.33 และปฏิเสธตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 คน ร้อยละ 1.16 โดยผู้ป่วยระยะกลางเป็นเพศหญิง จำนวน 69 คน ร้อยละ 56.56 และเพศชาย จำนวน 53 คน ร้อยละ 43.44 มีอายุเฉลี่ย 63.78 ปี(S.D.

=16.09) ในกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 75 คน ร้อยละ 61.48 มีสถานภาพสมรส/คู่ จำนวน 78 คน ร้อยละ 63.94 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 65 คน ร้อยละ 53.28 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน จำนวน 61 คน ร้อยละ 50.00 มีรายได้เฉลี่ย 6,804.92 บาท (S.D. =8,316.80) มีที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาลเมือง จำนวน 101 คน ร้อยละ 82.79 ส่วนใหญ่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาล จำนวน 115 คน ร้อยละ 94.26 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 39 คน ร้อยละ 31.97 และบ้าน จำนวน 25 คน ร้อยละ 20.49 มีผู้ดูแลเป็นบุตร จำนวน 49 คน ร้อยละ 40.16 มีระดับความเครียดอยู่ในระดับน้อย จำนวน 84 คน ร้อยละ 68.85 และมีระดับความเจ็บปวดในระดับไม่ปวดเลยถึงปวดเล็กน้อย จำนวน 87 คน ร้อยละ 71.31 (ตารางที่ 1)

จากการศึกษาต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ย 181.56 บาท (S.D. = 134.99) มีค่าอาหารเฉลี่ย 205.66 บาท (S.D. = 135.37) มีค่าน้ำเชื้อเพลิงเฉลี่ย 154.75 บาท (S.D. = 150.24) และค่าจ้างคนดูแลเฉลี่ย 13.93 บาท (S.D. = 102.30) การขาดงานส่วนใหญ่มีการลาออกจากงานหรือว่างงาน จำนวน 56 คน ร้อยละ 45.90 และจำนวนญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยระยะกลาง ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลพาไปสถานพยาบาล โดยมีผู้ดูแล 1 คน จำนวน 63 คน ร้อยละ 51.64 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ปัจจัยของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ (n= 122)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
1. ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม		
1.1 เพศ		
ชาย	53	43.44
หญิง	69	56.56
1.2 อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 60 ปี	47	38.52
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	75	61.48
Mean = 63.78 ปี, S.D. = 16.09 ปี, Minimum = 24 ปี, Maximum = 90 ปี		
1.3 สถานภาพสมรส		
โสด	18	14.75
สมรส/คู่	78	63.94
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	26	21.31
1.4 ระดับการศึกษา		
ไม่เคยเรียน	9	7.38

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ปัจจัยของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ (n= 122) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	65	53.28
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	9.83
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	9	7.38
อนุปริญญา/ปวส.	9	7.38
ปริญญาตรี	16	13.11
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.64
1.5 อาชีพ		
รัฐวิสาหกิจ	4	3.28
รับราชการ	5	4.10
พนักงานบริษัท	6	4.92
ค้าขาย	10	8.20
รับจ้างทั่วไป	12	9.83
เกษตรกร	24	19.67
ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน	61	50.00
1.6 รายได้ (บาท/เดือน)		
ไม่มีรายได้	16	13.11
1 – 5,000 บาท/เดือน	48	39.35
5,001 บาท/เดือนขึ้นไป	58	47.54
Mean = 6,804.92 บาท/เดือน, S.D. = 8,316.80 บาท/เดือน, Minimum = 0 บาท/เดือน, Maximum = 40,000 บาท/เดือน		
1.7 ที่อยู่อาศัย		
ในเขตเทศบาลเมือง	21	17.21
นอกเขตเทศบาลเมือง	101	82.79
1.8 สิทธิการรักษาพยาบาล		
ชำระเงินเอง	1	0.82
รัฐวิสาหกิจ	5	4.10
ประกันสังคม	10	8.20
สวัสดิการข้าราชการ	23	18.85
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	83	68.03

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ปัจจัยของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ (n= 122) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
1.9 สถานพยาบาลที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ศูนย์บริการสาธารณสุข	7	5.74
คลินิกนวัตกรรม	17	13.93
บ้าน	25	20.49
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	39	31.97
โรงพยาบาล	115	94.26
1.10 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล		
บิดา มารดา	10	8.20
หลาน	12	9.84
ญาติพี่น้อง	16	13.11
สามี ภรรยา	35	28.69
บุตร	49	40.16
1.11 ระดับความเครียดของผู้ป่วยระยะกลาง (ST-5)		
ความเครียดน้อย (0 – 4 คะแนน)	84	68.85
ความเครียดปานกลาง (5 – 7 คะแนน)	28	22.95
ความเครียดมาก (8 – 9 คะแนน)	8	6.56
ความเครียดมากที่สุด (10 – 15 คะแนน)	2	1.64
1.12 ความเจ็บปวดของผู้ป่วยระยะกลาง		
ไม่ปวดเลย - ปวดเล็กน้อย	87	71.31
ปวดปานกลาง	18	14.76
ปวดค่อนข้างมาก - ปวดมากที่สุด	17	13.93
2. ต้นทุนทางอ้อม		
2.1 ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (บาท/ครั้ง)		
ไม่มีค่าใช้จ่าย	15	12.30
1 – 200 บาท/ครั้ง	73	59.83
201 บาท/ครั้ง ขึ้นไป	34	27.87
Mean = 181.56 บาท/ครั้ง, S.D. = 134.99 บาท/ครั้ง, Minimum = 0 บาท/ครั้ง, Maximum = 800 บาท/ครั้ง		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ปัจจัยของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ (n= 122) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
2.2 ค่าอาหาร (บาท/ครั้ง)		
ไม่มีค่าใช้จ่าย	10	8.20
1 – 200 บาท/ครั้ง	75	61.47
201 บาท/ครั้ง ขึ้นไป	37	30.33
Mean = 205.66 บาท/ครั้ง, S.D. = 135.37 บาท/ครั้ง, Minimum = 0 บาท/ครั้ง, Maximum = 890 บาท/ครั้ง		
2.3 ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง (บาท/ครั้ง)		
ไม่มีค่าใช้จ่าย	30	24.59
1 – 200 บาท/ครั้ง	62	50.82
201 บาท/ครั้ง ขึ้นไป	30	24.59
Mean = 154.75 บาท/ครั้ง, S.D. = 150.24 บาท/ครั้ง, Minimum = 0 บาท/ครั้ง, Maximum = 1000 บาท/ครั้ง		
2.4 ค่าจ้างคนดูแล (บาท/ครั้ง)		
ไม่มีค่าใช้จ่าย	119	97.54
มีค่าใช้จ่าย	3	2.46
Mean = 13.93 บาท/ครั้ง, S.D. = 102.30 บาท/ครั้ง, Minimum = 0 บาท/ครั้ง, Maximum = 1000 บาท/ครั้ง		
2.5 การขาดงาน		
ไม่ได้ขาดงาน	47	38.52
ขาดงาน 1 วัน	17	13.94
ขาดงาน 2 – 3 วัน	1	0.82
ขาดงาน 4 – 7 วัน	0	0.00
ขาดงาน มากกว่า 7 วัน	1	0.82
ลาออกจากงาน/ว่างงาน	56	45.90
2.6 จำนวนญาติหรือผู้ดูแลพาไปสถานพยาบาล		
ไปด้วยตนเอง	23	18.85
มีผู้ดูแลพาไป 1 คน	63	51.64
มีผู้ดูแลพาไป 2 คนขึ้นไป	36	29.51

จากการศึกษาการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่ครบภายใน 6 เดือน จำนวน 76 คน ร้อยละ 62.30 และได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ครบภายใน 6 เดือน จำนวน 46 คน ร้อยละ 37.70 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ (n= 122)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
1. การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง		
ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ครบภายใน 6 เดือน	46	37.70
ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่ครบภายใน 6 เดือน	76	62.30

ผลการศึกษาอิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ ระดับนัยสำคัญ 0.05 (α = 0.05) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายอาหาร/เครื่องดื่ม มากกว่า 200 บาท/ครั้ง มีโอกาสเข้าถึงบริการครบ เป็น 10.11 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีค่าใช้จ่าย (OR_{adj}=10.11, 95% CI: 1.41 – 27.30, p-value = 0.021) ผู้ที่ขาดรายได้เมื่อเข้ารับบริการมีโอกาสเข้าถึงบริการครบเป็น 3.63 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่ขาดรายได้หรือกลุ่มผู้ว่างงาน (OR_{adj}=3.63,95% CI: 1.34 – 9.85, p-value = 0.011) และผู้ที่มีอาชีพพนักงานบริษัท/รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย มีโอกาสเข้าถึงบริการครบ เป็น 3.20 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มเกษตรกร (OR_{adj}=3.20, 95% CI: 1.15 – 8.93, p-value = 0.026) เมื่อทำการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวนอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษาพยาบาล (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกของอิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ (n= 122)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	การเข้าถึง (ร้อยละ)	AOR	95%CI	p-value
1. ค่าอาหาร/เครื่องดื่มระหว่างการรอรับบริการ (บาท/ครั้ง)					
ไม่เสียค่าใช้จ่าย	25	12(32.43)	ref	-	-
1-200 บาท/ครั้ง	49	26(34.67)	1.22	0.47-3.16	0.679
>200 บาท/ครั้ง	2	8(80.00)	10.11	1.41-27.30	0.021*

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกของอิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ (n= 122) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	การเข้าถึง (ร้อยละ)	AOR	95%CI	p-value
2. การขาดรายได้จากการเข้ารับบริการ					
ไม่ขาด/ว่างงาน	61	29(32.22)	ref	-	-
ขาดรายได้	15	17(53.13)	3.63	1.34 – 9.85	0.011*
3. อาชีพ					
เกษตรกร	34	12(26.09)	ref	-	-
ข้าราชการ	8	7(46.67)	2.23	0.61-8.20	0.224
พนักงานบริษัท/รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย	34	27(44.26)	3.20	1.15-8.93	0.026*

*หมายเหตุ: ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวนอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษาพยาบาล

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า ต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านมาสถานพยาบาลเฉลี่ย 181.56 บาท (S.D. = 134.99) มีค่าใช้จ่าย 1 ถึง 200 บาท จำนวน 73 คน ร้อยละ 59.83 จะเห็นได้ว่า ในการเดินทางเข้ามารับบริการในสถานพยาบาลในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องจ่ายค่าเดินทาง เพื่อมารับบริการที่สถานพยาบาลตามนัด แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร พบว่า มีค่าใช้จ่ายในค่าเดินทางไป-กลับโรงพยาบาล จำนวน 443.10 ± 75.00 บาท[8] จะเห็นได้ว่า ค่าใช้จ่ายในการเดินทางในต่างจังหวัดมีจำนวนเงินน้อยกว่าค่าใช้จ่ายเดินทางในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากในต่างจังหวัดมีเส้นทางการเดินทางมาสถานพยาบาลไม่ซับซ้อนและไม่เผชิญกับปัญหาการจราจรติดขัด จึงทำให้มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่ถูกกว่า นอกจากนี้ผู้ป่วยระยะกลางยังมีค่าอาหารเมื่อมาเข้ารับบริการในสถานพยาบาลในแต่ละครั้งเฉลี่ย 205.66 บาท (S.D. = 135.37) ส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่าย 1 ถึง 200 บาท จำนวน 75 คน ร้อยละ 61.47 จะเห็นได้ว่า ในเดินทางเข้ามารับบริการในสถานพยาบาลแต่ละครั้ง ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องจ่ายเพื่อดำรงชีพ โดยจับจ่ายอาหารและเครื่องดื่มในขณะรอเข้ารับบริการ แตกต่างการศึกษาก่อนหน้าของผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล พบว่า มีค่าใช้จ่ายค่าอาหาร จำนวน 90.42±20.80 บาท[8] จะเห็นได้ว่า ค่าใช้จ่ายค่าอาหารในปัจจุบันมีราคาเพิ่มสูงขึ้น ค่าครองชีพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผลการศึกษาของค่าอาหารมีราคาสูงกว่าผลจากการศึกษาในอดีต ทั้งนี้ในการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาลส่วนใหญ่มีผู้ดูแลติดตามมาด้วย จำนวน 1 คน ผลการศึกษา พบว่า มีค่าใช้จ่ายในการจ้างคนดูแลใน

แต่ละครั้งเฉลี่ย 13.93 บาท (S.D. = 102.30) แต่ผลการศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแล จำนวน 119 คน ร้อยละ 97.54 จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยระยะกลางในอำเภอเมืองชัยภูมิได้รับการดูแลจากเครือญาติทั้งที่บ้านและในการพามารับบริการในสถานพยาบาล จึงไม่มีค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแล แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าของผู้ที่การเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายค่าจ้างผู้ดูแลพามาโรงพยาบาล จำนวน 292.00 ± 46.00 บาท[8] และผลการศึกษา พบว่าด้านการขาดงาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการลาออกจากงานหรือว่างงาน จำนวน 56 คน ร้อยละ 45.90 จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการเจ็บป่วยหลังจากเจ็บป่วยมีความหลงเหลือความบกพร่องทางด้านร่างกาย จนไม่สามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้ จึงได้ลาออกจากงานหรือว่างงาน แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ชนบท ประเทศจีน มีการว่างงาน เกษียณอายุ หรือออกจากงาน ร้อยละ 71.30[9] จะเห็นได้ว่า การว่างงานหลังจากเจ็บป่วยในประเทศไทยต่ำกว่าในต่างประเทศ สะท้อนให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจของคนในประเทศในการให้โอกาสผู้ป่วยกลับเข้าทำงานได้ และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขในประเทศ

ในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า ผู้ป่วยระยะกลางได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่ครบภายใน 6 เดือน จำนวน 76 คน ร้อยละ 62.30 และ ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ครบภายใน 6 เดือน จำนวน 46 คน ร้อยละ 37.70 จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาลและที่บ้านโดยนักกายภาพบำบัด แต่ส่วนใหญ่เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งอย่างน้อยควรได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 1 ครั้งต่อเดือน ตลอดระยะเวลา 6 เดือน ที่อยู่ในช่วงผู้ป่วยระยะกลาง[3] จึงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสในช่วงนาทีทองของชีวิตที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้ นำไปสู่การมีภาวะพึ่งพิงระยะยาว แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าของผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดลำปาง พบว่า สามารถเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพครบระยะเวลา 6 เดือน ร้อยละ 83.8[10]

ปัจจัยที่สำคัญต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ได้แก่ ต้นทุนทางอ้อม ด้านค่าใช้จ่ายอาหาร/เครื่องดื่ม และการขาดรายได้ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายอาหาร/เครื่องดื่ม มีโอกาสเข้าถึงบริการครบ เป็น 10.11 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีค่าใช้จ่าย (OR_{adj}=10.11, 95% CI: 1.41 – 27.30) โดยพบว่ากลุ่มที่เข้ารับบริการครบเป็นกลุ่มที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเหล่านี้ อาจสะท้อนได้กว่าเป็นกลุ่มที่ภาวะทางเศรษฐกิจที่เพียงพอในการเข้าถึงบริการ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้มีค่าใช้จ่ายเหล่านี้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีรายได้ครัวเรือนที่สูงมีโอกาสได้รับการทำกายภาพบำบัดมากกว่ากลุ่มรายได้ต่ำสุด เป็น 2.01 เท่า (OR = 2.01, 95% CI = 1.81 - 2.24)[11] นอกจากนี้จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่ขาดรายได้เมื่อเข้ารับบริการมีโอกาสเข้าถึงบริการครบเป็น 3.63 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่ขาดรายได้หรือว่างงาน (OR_{adj}=3.63, 95% CI: 1.34 – 9.85, p-value =

0.011) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับความบกพร่องทางร่างกายจำเป็นต้องใช้ระยะเวลานานในการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ต้องหยุดงาน ขาดงาน หรือ ลาออกจากงาน ส่งผลให้สูญเสียรายได้ สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสหยุดงานเป็น 4.20 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ป่วย (OR = 4.20, 95% CI = 2.97 – 5.60)[12] และจากผลการศึกษา พบว่า ในผู้ที่มีอาชีพพนักงานบริษัท/รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย มีโอกาสเข้าถึงบริการครบ เป็น 3.20 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มเกษตรกร (OR_{adj}=3.20, 95% CI: 1.15 – 8.93) โดยจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยระยะกลางในกลุ่มพนักงานบริษัทหรือรับจ้างทั่วไปหรืออาชีพค้าขายมีโอกาสเข้าถึงบริการฟื้นสมรรถภาพมากกว่ากลุ่มอาชีพเกษตรกร เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ จึงมีแรงผลักดันให้เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของการใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้พิการทางกาย ในประเทศยูกันดา พบว่า ในกลุ่มอาชีพรับจ้าง มีโอกาสเข้ารับบริการ เป็น 2.27 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีการจ้างงาน (OR = 2.27, 95%CI = 1.34 - 3.85)[13] อย่างไรก็ตามผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิล้วนประสบกับอิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมดังกล่าวเมื่อมีการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาลในแต่ละครั้ง

สรุปผลการวิจัย

ในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ ส่วนใหญ่เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ครบระยะเวลา 6 เดือน ตามเกณฑ์ผู้ป่วยระยะกลางที่กำหนด โดยในการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาลในแต่ละครั้งผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางแพทย์ ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยอิทธิพลของต้นทุนทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยระยะกลางในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ ในผลการศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรค่าใช้จ่ายอาหาร/เครื่องดื่ม การขาดรายได้ และอาชีพในกลุ่มของพนักงานบริษัท/รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะกลางเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในช่วงวัยทำงานได้เข้าถึงบริการ โดยไม่ถือว่าเป็นการขาดงานหรือให้ออกจากงานและให้สามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติ โดยปรับสภาพงานให้เอื้อต่อการทำงานได้อย่างเหมาะสม และควรมีการส่งเสริมให้เข้าถึงบริการในทุกพื้นที่ โดยสนับสนุนบริการรถรับส่งในการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล รวมถึงการจัดบริการคลินิกฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุกในชุมชนโดยนักกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ และสม่ำเสมอในพื้นที่ห่างไกล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความเมตตาและกรุณาจากหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุนการศึกษา จากกลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณาจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาที่คอยให้ข้อเสนอแนะ รวมถึงผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา หน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมาและชัยภูมิที่ให้โอกาสทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูล ตลอดจนครอบครัวที่

ให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา และผู้ที่มีส่วนร่วมที่มิได้กล่าวนามไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข: แผนงาน Service Excellence. กรุงเทพฯ:กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567-2568. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2567. 2567.
4. สภากายภาพบำบัด. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ฉบับปรับปรุง 2567. กรุงเทพฯ: สภากายภาพบำบัด; 2567.
5. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา; 2545.
6 Wongsuay S. Factors Associated with Direct Non-medical Costs of Outpatients in the Community Hospital and Health Promoting Hospitals in Kokha District: a Cross-sectional Survey. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine. 2019;63(4):239-46.
7. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998;17(14):1623-34.
8. สุวรรณา เชียงขุนทด และคณะ. การศึกษาภาระค่าใช้จ่ายในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วารสารพุทธจิตวิทยา. 2565;7(2):172-85.
9. Ouyang F, Wang Y, Huang W, Chen Y, Zhao Y, Dang G, et al. Association between socioeconomic status and post-stroke functional outcome in deprived rural southern China: a population-based study. BMC Neurol. 2018;18(1):12.
10. เขมินทรา พันธุ์บุญปลูก และคณะ. ผลลัพธ์และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดลำปาง. วารสารกรมการแพทย์. 2565;48(3):58-66.
11. Kjærvik C, Gjertsen JE, Stensland E, Uleberg B, Taraldsen K, Søreide O. Impact of physiotherapy access on health-related quality of life following hip fracture: an observational study on 30 752 hip fractures from the Norwegian Hip Fracture Register 2014-2018. BMJ Open. 2024;14(6).
12. Girotra T, Lekoubou A, Bishu KG, Ovbiagele B. A contemporary and comprehensive analysis of the costs of

stroke in the United States. J Neurol Sci. 2020; 410:116643.

13. Zziwa S, Babikako H, Kwesiga D, Kobusingye O, Bentley JA, Oporia F, et al. Prevalence and factors associated with utilization of rehabilitation services among people with physical disabilities in Kampala, Uganda. A descriptive cross-sectional study. BMC Public Health. 2019;19(1):1453.

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพและพฤติกรรมการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนจังหวัดมหาสารคาม

แฉล้ม รัตนพันธุ์[1*],ปริณี อัคนิจ[2],บารมี พลขันธ์[3],รักษวร ใจสะอาด[4]

(วันที่รับบทความ: 6 มีนาคม 2569, วันที่แก้ไข: 3 กรกฎาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 3 กรกฎาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการแก้ไขปัญหาคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ในกลุ่มผู้ประกอบการผลิตเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ประกอบการผลิตเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนในพื้นที่จำนวน 35 ราย ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามที่ประเมินพฤติกรรมการผลิต เจตคติ การคล้อยตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงแบบประเมินคุณภาพเกลือจากภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้ Paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยก่อนหลัง โดยใช้ Cohen’s d

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการผลิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน เจตคติต่อความสำคัญของไอโอดีน การคล้อยตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ที่น่าสนใจคือ คุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.031$) จากร้อยละ 67.57 เป็นร้อยละ 100.00 ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การบูรณาการระหว่างหน่วยงานรัฐต่างสังกัด ทั้งจาก สสอ./รพ. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรพ.สต. สังกัด อบจ. และการมีส่วนร่วมของชมรมผู้ประกอบการในการกำกับดูแลกันเอง นำไปสู่การยอมรับและปรับปรุงมาตรฐานการผลิตอย่างยั่งยืน โปรแกรมนี้จึงมีความเหมาะสมที่จะพัฒนาเป็นต้นแบบสำหรับการส่งเสริมคุณภาพและความปลอดภัยด้านอาหารในระดับประเทศต่อไป

คำสำคัญ: เกลือบริโภคเสริมไอโอดีน,ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน,การสนับสนุนทางสังคม,ผู้ประกอบการ, การวิจัยกึ่งทดลอง

---

[1]เภสัชกรชำนาญการพิเศษ [2]เภสัชกรชำนาญการ [3]เภสัชกรปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
[4]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น
*Corresponding author: แฉล้ม รัตนพันธุ์ e-mail: lapasanoi@gmail.com

The Effectiveness of a Behavioral Change Program Integrating the Theory of Planned Behavior and Social Support on Production Quality and Behaviors of Iodized Salt Producers in Maha Sarakham Province

Chalaem Rattanapan[1*], Pathinee Akkhanit[2], Baramee Ponkhan[3], Raksaworn Jaisaard[4]

(Received: 6th March 2026, Revised: 3rd July 2026, Accepted: 3rd July 2026)

Abstract

This Quasi-experimental research evaluated the effectiveness of an intervention program to improve iodized salt quality by integrating the Theory of Planned Behavior with structured social support among small-scale iodized salt producers in Maha Sarakham Province, Thailand. A one-group pretest–posttest design was employed with 35 purposively selected producers. Data were collected using validated questionnaires measuring production practices, attitudes, subjective norms, perceived behavioral control, and social support, alongside field-based assessments of iodized salt quality. Analyze the data using descriptive and inferential statistics. Compare the means using a Paired t-test, and determine the effect size of the pre- and post-test differences using Cohen's d.

Post-intervention results demonstrated statistically significant improvements across all behavioral constructs and appropriate production practices ($p<0.001$). Importantly, the proportion of iodized salt samples meeting national quality standards increased markedly from 67.57% to 100.00%. These findings highlight that the integration between government agencies across different jurisdictions—including District Health Offices/Hospitals under the Ministry of Public Health and Sub-district Health Promoting Hospitals under Provincial Administrative Organizations—combined with the active participation of the Salt Producers' Club in self-regulation, leads to the acceptance and sustainable improvement of production standards. This program is, therefore, suitable to be developed as a model for promoting food quality and safety at the national level.

Keywords: iodized salt, Theory of Planned Behavior, social support, behavioral intervention, Quasi-experimental research

[1]Pharmacist Senior Professional Level , [2]Pharmacist Professional Level, [3]Pharmacist Practitioner Level, Maha Sarakham Provincial Public Health Office, [4]Assistant Professor Dr. , Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

*Corresponding author: Chalaem Rattanapan e-mail: lapasanoi@gmail.com

บทนำ

โรคขาดสารไอโอดีน (Iodine Deficiency Disorders: IDD) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกและระดับประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มสตรีตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย เนื่องจากไอโอดีนเป็นองค์ประกอบหลักของฮอร์โมนไทรอยด์ที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเซลล์สมองและระบบประสาทของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนถึงอายุ 3 ปี การขาดสารไอโอดีนในช่วงวิกฤตดังกล่าวอาจส่งผลให้เกิดความพิการแต่กำเนิด ภาวะปัญญาอ่อน และความสามารถในการเรียนรู้ลดลง[1]

ประเทศไทยได้พยายามขับเคลื่อนนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหานี้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการประกาศนโยบาย "เกลือเสริมไอโอดีนถ้วนหน้า" (Universal Salt Iodization: USI) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ผ่านมาตรการทางกฎหมายที่บังคับให้ผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรสพื้นฐาน เช่น เกลือบริโภค น้ำปลา และซอสปรุงรส ต้องมีการเสริมไอโอดีนให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (20–40 ppm)[2] แม้สถานการณ์ภาพรวมจะมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ความท้าทายสำคัญกลับอยู่ที่ "คุณภาพ ณ สถานที่ผลิต" ข้อมูลจากการสุ่มตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในปี พ.ศ. 2566 พบประเด็นที่น่ากังวลอย่างยิ่ง โดยร้อยละของเกลือที่ผ่านมาตรฐานทั่วประเทศลดลงเหลือเพียงร้อยละ 79.3 โดยเฉพาะในพื้นที่แหล่งผลิตสำคัญอย่างจังหวัดมหาสารคาม ที่พบเกลือผ่านมาตรฐานเพียงร้อยละ 57.9 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ปัญหาหลักเกิดจากเครื่องจักรและเทคโนโลยีการผลิตที่ชำรุด ทำให้ผู้ประกอบการจำนวนมากต้องกลับไปใช้วิธีการผสมด้วยมือ ส่งผลให้การกระจายตัวของไอโอดีนไม่สม่ำเสมอและตกมาตรฐานในที่สุด[3]

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการดำเนินมาตรการแก้ไขปัญหาคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง แต่ส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นไปที่การกำกับดูแลเชิงนโยบายจากบนลงล่าง (Top-down policy) และการตรวจสอบมาตรฐานผลิตภัณฑ์ตามข้อกฎหมาย ซึ่งเป็นเพียงการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังขาดการศึกษาที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคลของผู้ผลิตอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมร่วมกับการสนับสนุนเชิงกระบวนการ (Process Support) ในพื้นที่จริง นอกจากนี้ งานวิจัยส่วนใหญ่มักเน้นการอบรมให้ความรู้เพียงครั้งเดียว แต่ยังขาดรูปแบบการพัฒนาที่ใช้กระบวนการชี้แนะ (Coaching) และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งเพื่อติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อพัฒนาต้นแบบการแก้ไขปัญหาที่มุ่งเน้นความยั่งยืนผ่านการปรับเปลี่ยนความเชื่อเชิงพฤติกรรมของผู้ประกอบการ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ของ Ajzen[4] ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดโดยความตั้งใจในการกระทำอันได้รับอิทธิพลจากเจตคติ บรรทัดฐานทางสังคม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ร่วมกับแนวคิด การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่งหมายถึง การปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายที่นำมาซึ่งการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งรูปธรรมและนามธรรม[5] จึงเป็นกรอบแนวคิดที่สำคัญในการวิเคราะห์และสร้างโปรแกรม

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างเจตคติเชิงบวก[6,7] เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการแก้ไขปัญหาคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

1.1 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการแก้ไขปัญหาคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเจตคติ การคล้อยตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการผลิตเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2.3 เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนเกลือที่ผ่านมาตรฐานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

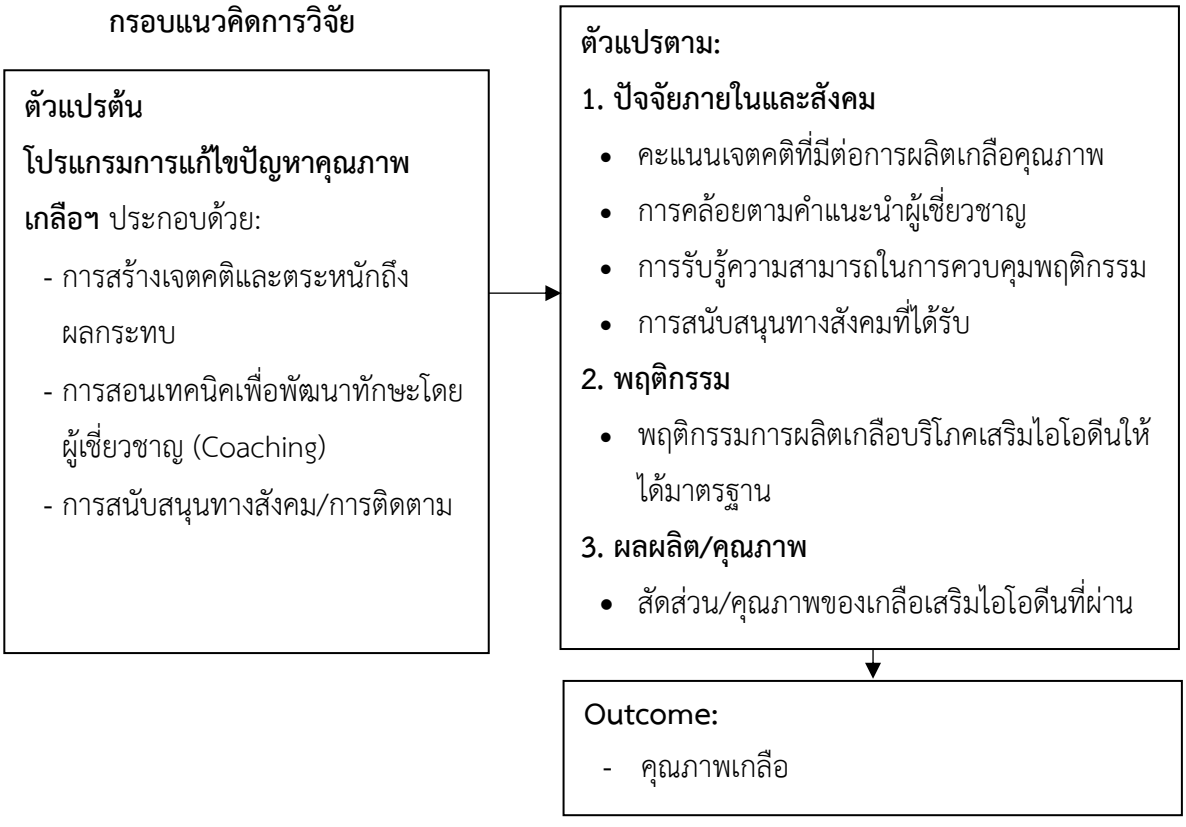
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มเป้าหมายจะมีคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มเป้าหมายจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการผลิตเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ถูกต้อง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. หลังได้รับโปรแกรมฯ สัดส่วนของตัวอย่างเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด จะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest–posttest design)

โปรแกรมการแก้ไขปัญหาคุณภาพเกลือฯ ประกอบด้วย: การอบรม การสอนเทคนิคโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคมและการติดตาม โดยมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมหลัก	รูปแบบการจัดกิจกรรม	รายละเอียดเนื้อหาโดยสังเขป	ระยะเวลา / จำนวนครั้ง
1. การอบรมเชิงปฏิบัติการ	1. การบรรยาย ให้ความรู้เพื่อเสริมสร้างทัศนคติและความตระหนักต่อความสำคัญของไอโอดีน 2. ประชุมเชิงปฏิบัติการ (work shop) เพื่อทบทวนกระบวนการผลิตและให้คำแนะนำการผลิตเกลือตามมาตรฐาน	1. ความสำคัญของไอโอดีนต่อสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ 2. การปรับปรุงกระบวนการผลิตเกลือไอโอดีนให้มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด	อบรมเชิงปฏิบัติการระดับจังหวัด 1ครั้ง ระดับอำเภอ 2 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง (พฤศจิกายน 2567)
2. การสอนเทคนิคโดยผู้เชี่ยวชาญ (Coaching)	การลงพื้นที่หน้างาน (On-site Visit) ณ สถานประกอบการทุกแห่งที่มีผลวิเคราะห์ปี 2567 ไม่ผ่านมาตรฐาน	ผู้รับผิดชอบงานมาตรฐานการผลิตอาหาร สสจ.มหาสารคามลงเยี่ยมให้คำแนะนำเทคนิคการผลิตเกลือให้มีการกระจายไอโอดีนสม่ำเสมอ	สถานประกอบการทุกแห่งที่มีผลการผลิตเกลือไม่ผ่านมาตรฐาน เป้าหมาย : 3 อำเภอ 4 แห่ง ๆ ละ 1 วัน (ธันวาคม 2567)
3. การสนับสนุนทางสังคม และติดตามผล	การสร้างกลุ่มเครือข่าย ลงเยี่ยมสถานที่ผลิตเกลือเสริมไอโอดีน เพื่อเสริมมาตรฐานการผลิต	การเยี่ยมสถานประกอบการและสุ่มตรวจปริมาณไอโอดีนโดยใช้ชุดทดสอบอย่างง่าย (I-kit) และ I reader ของเครือข่าย รพ /สสอ/รพ สต/อสม/ชมรมผู้ประกอบการเกลือแนะนำแก้ไขปัญหาการผลิตอย่างสม่ำเสมอ	สถานประกอบการทุกแห่ง (35แห่ง) ได้รับการสุ่มตรวจไอโอดีนและแนะนำการผลิตจากเครือข่ายอำเภอ เดือนละ 1 ครั้ง (มกราคม-เมษายน 2568)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายในงานวิจัยนี้คือ ผู้ประกอบการผลิตเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ได้รับใบอนุญาตผลิตและยังคงสถานะการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2567 ทุกราย จำนวน 35 แห่ง ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาจากประชากรทั้งหมดที่เข้าตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion Criteria) จึงไม่มีการสุ่มตัวอย่าง (Total Enumeration/Census) เพื่อให้ครอบคลุมบริบทของผู้ผลิตเกลือในพื้นที่ศึกษาอย่างครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ผลของโปรแกรมการแก้ไขปัญหาคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม จังหวัดมหาสารคาม

โดยแบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคำถามเพื่อสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและสถานประกอบการ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการผลิตเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนตามคู่มือมาตรฐานการผลิต เพื่อตรวจสอบว่าผู้ผลิตทำตามขั้นตอนที่ถูกต้องตามมาตรฐานหรือไม่ ตั้งแต่การเตรียมการผลิต การผลิต การตรวจสอบและการบรรจุเกลือ

ส่วนที่ 3 เจตคติต่อความสำคัญของไอโอดีน เพื่อวัดระดับความเห็น เกี่ยวกับความเชื่อและความรู้สึกที่มีต่อไอโอดีนทั้งในด้านสุขภาพและกฎหมาย

ส่วนที่ 4 การคล้อยตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ วัดระดับการยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่/ผู้เชี่ยวชาญ ในขั้นตอนต่าง ๆ

ส่วนที่ 5 การรับรู้ ความสามารถแห่งตนในการกระทำตามขั้นตอนการผลิต วัดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

ส่วนที่ 6 การสนับสนุนทางสังคม วัดความพึงพอใจและการยอมรับต่อการช่วยเหลือจากภายนอก ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ อสม. รพสต.

2. สุ่มตรวจวิเคราะห์ปริมาณไอโอดีนในเกลือบริโภคของสถานประกอบการ โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับจังหวัด โดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือ I-Reader ในการตรวจคุณภาพเกลือ เครื่องมือนี้พัฒนาโดย สถานบันนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับรองมาตรฐานจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเกณฑ์ที่เกลือผ่านมาตรฐานคือ เกลือบริโภคต้องมีปริมาณไอโอดีนไม่น้อยกว่า 20 มิลลิกรัม และไม่เกิน 40 มิลลิกรัมต่อเกลือบริโภค 1 กิโลกรัม ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เกลือบริโภค ประกาศ ณ วันที่ 7 เมษายน 2554

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างแบบวัด 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการผลิตเกลือบริโภค จำนวน 2 คน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการสนับสนุนโครงการแก้ไขปัญหาการผลิตเกลือบริโภคจากสถาบันการศึกษา 1 คน โดยขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 คน ตรวจสอบว่าแบบสัมภาษณ์มีเนื้อหาตรงกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และให้

ข้อเสนอแนะเครื่องมือเป็นรายข้อ เพื่อนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นในลำดับถัดไป

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ (Reliability) นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ไปทดสอบกับผู้ประกอบการเกลือบริโภคที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ประกอบการในจังหวัดใกล้เคียง (กาฬสินธุ์ อุดรธานี) จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาทดสอบค่าความเชื่อมั่นอัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) โดยค่าที่ยมรับได้คือ มากกว่า 0.7 หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขแล้วไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ 2/2568 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ.2567

วิธีรวบรวมข้อมูล

1 ดำเนินการก่อนรวบรวมข้อมูล

ประสานงานเพื่อดำเนินการตรวจสอบจริยธรรม จากสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และก่อนตอบแบบสอบถามผู้วิจัยขอคำยินยอมในการให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่าง และปฏิบัติตามการรักษาความลับกลุ่มตัวอย่างตามมาตรฐานจริยธรรม

2 การรวบรวมข้อมูล

2.1 ตรวจสอบคุณภาพเกลือผสมไอโอดีนในแต่ละสถานประกอบการ ก่อน-หลังจัดกิจกรรม

2.2 ผู้วิจัยจัดรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างก่อน-หลังการจัดกิจกรรม

- การอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ประกอบการสถานประกอบการเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ในการเสริมสร้างเจตคติในการกระทำพฤติกรรมต่อความสำคัญของการผลิตเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน

- การอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ผู้ประกอบการเกลือบริโภค แนะนำเทคนิควิธีการผลิตโดยผู้มีความเชี่ยวชาญในการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนให้ได้คุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานการผลิต พร้อมให้คำแนะนำ

2.3 ผู้วิจัยคัดลอกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างลงแบบบันทึกข้อมูล ด้วยตนเอง

2.4 ระยะเวลาของการคัดลอกข้อมูลและรวบรวมข้อมูล ประมาณ 1 เดือน

3 การควบคุมคุณภาพข้อมูล

3.1 จัดทำคู่มือแบบบันทึกข้อมูล หากมีข้อสงสัย ตรวจสอบข้อมูลโดยการสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

3.2 จัดทำคู่มือแบบสัมภาษณ์ โดยแนะนำการใช้คู่มือแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับจังหวัด ในการใช้คู่มือสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics):

1.1 ตัวแปรเชิงกลุ่ม: (ข้อมูลทั่วไป, การสนับสนุนทางสังคม) นำเสนอด้วย ความถี่ และร้อยละ

1.2 ตัวแปรต่อเนื่อง: (เจตคติ, การรับรู้ความสามารถ, พฤติกรรมฯ)

- กรณีแจกแจงปกติ: นำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

- กรณีแจกแจงไม่ปกติ: นำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบก่อน-หลัง (Inference Statistics):

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย: ของคะแนนเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ พฤติกรรมฯ และปริมาณไอโอดีนใช้สถิติ Paired t-test (หรือ Wilcoxon Signed-Rank Test หากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI

2.2 การวิเคราะห์ขนาดผลกระทบ (Effect Size Analysis): เพื่อแสดงถึงประสิทธิภาพและความสำคัญเชิงปฏิบัติ (Practical Significance) ของโปรแกรมพัฒนาคุณภาพเกลือโดยใช้สถิติ **Cohen's *d*** ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI เกณฑ์การแปลผล: นำค่า Cohen's *d* มาแปลความหมายตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) ดังนี้:

- 0.20: ขนาดผลกระทบในระดับ น้อย (Small)
- 0.50: ขนาดผลกระทบในระดับ ปานกลาง (Medium)
- 0.80 ขึ้นไป: ขนาดผลกระทบในระดับมาก (Large)

กรณีที่ Cohen's d มีค่าสูงกว่า 1.20 อ้างอิงเกณฑ์ของ Sawilowsky (2009)

- 1.20 ขึ้นไป: ระดับ มากเป็นพิเศษ (Very Large)
- 2.00 ขึ้นไป: ระดับ มหาศาล (Huge)"

ผลการวิจัย

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.9 มีอายุอยู่ในกลุ่มช่วงอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 65.7 และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 การศึกษา: ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 48.6 รองลงมาคือปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 28.6 และเป็นเจ้าของสถานประกอบการ ร้อยละ 65.7 ส่วนใหญ่ผลิตเกลือผสมด้วยเครื่อง ร้อยละ 82.9 ปริมาณการผลิต 5,001- 10,000กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ร้อยละ 42.9 ในขณะที่มีเพียงส่วนน้อย (14.3%) ที่ผลิตมากกว่า 10,000 หน่วย ซึ่งผลการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัจจัยทางจิตวิทยาและพฤติกรรมก่อนและหลังการอบรม (n=35)

ตัวแปร	ระยะเวลาการอบรม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	p-value	Cohen's d	95% CI ของ Cohen's d
พฤติกรรมการผลิตตามมาตรฐาน	ก่อน	3.98	0.58	4.68	< 0.001	0.79	[0.41, 1.17]
	หลัง	4.54	0.58				
เจตคติต่อความสำคัญของไอโอดีน	ก่อน	3.50	0.42	9.41	< 0.001	1.66	[1.15, 2.17]
	หลัง	4.54	0.36				

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัจจัยทางจิตวิทยาและพฤติกรรมก่อนและหลังการอบรม (n=35) (ต่อ)

ตัวแปร	ระยะเวลาการอบรม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	p-value	Cohen's d	95% CI ของ Cohen's d
การคล้อยตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ	ก่อน	3.85	0.33	6.49	< 0.001	1.10	[0.68, 1.52]
	หลัง	4.37	0.39				
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ก่อน	2.54	0.45	3.88	< 0.001	0.66	[0.29, 1.02]
	หลัง	4.14	0.52				
การสนับสนุนทางสังคม	ก่อน	3.88	0.49	3.53	0.005	0.60	[0.24, 0.96]
	หลัง	4.19	0.51				

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ประกอบการต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมความรู้และสร้างเจตคติ พบว่าก่อนการอบรมมีระดับความรู้เฉลี่ย ($\bar{x}$= 3.98, S.D. = 0.58) ในขณะที่หลังการอบรมความรู้เพิ่มขึ้น ($\bar{x}$= 4.54, S.D. = 0.58 และเมื่อวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระหว่างตัวแปรที่มี 2 กลุ่ม (pair t-test) ผู้ประกอบการมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 4.681, p<0.001) และจากการวิเคราะห์ขนาดผลกระทบ (Effect Size) ในด้านพฤติกรรมการผลิตตามมาตรฐานที่มีขนาดผลกระทบสูง (d = 0.79, 95% CI: 0.14 - 1.17) ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในระดับมาก (Large Effect Size)

จากการเปรียบเทียบคะแนนเจตคติต่อความสำคัญของไอโอดีนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า คะแนนเจตคติโดยภาพรวมหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก 3.50 (S.D. = 0.42) เป็น 4.54 (S.D. = 0.36) (t = 9.41, p<0.001) อีกทั้งจากการวิเคราะห์ขนาดผลกระทบ (Effect Size) ในด้านเจตคติต่อความสำคัญของไอโอดีนที่มีขนาดผลกระทบสูงที่สุด (d = 1.66, 95% CI: 1.15 – 2.17) ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในระดับมากพิเศษ (Very Large Effect Size) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่ดำเนินการมีผลต่อการปรับเปลี่ยนเจตคติของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามคำแนะนำก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{x}$ = 3.85, S.D. = 0.33) และภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.37 (S.D. = 0.39) เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 (t = 6.49, p< 0.001) อีกทั้งจากการวิเคราะห์ขนาดผลกระทบ (Effect Size) ในด้านการคล้อยตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญที่มีขนาดผลกระทบสูง (d = 1.10, 95% CI: 0.68 – 1.52) ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในระดับมาก(Large Effect Size) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถส่งเสริมการคล้อยตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญได้อย่างดี

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.54, S.D. = 0.45) และภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.14 (S.D. = 0.52) เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 3.88, P<0.001) จากการวิเคราะห์ขนาดผลกระทบ (Effect Size) ในด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีขนาดผลกระทบสูง (d = 0.66, 95% CI: 0.29 – 1.02) ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในระดับกลาง (Medium Effect Size) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถส่งเสริมการปฏิบัติตามขั้นตอนการผลิตเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนให้ได้มาตรฐานได้อย่างดี

จากการเปรียบเทียบ ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{x}$ = 3.88, S.D. = 0.49) และภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.19 (S.D. = 0.51) เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 3.53, p = 0.005) จากการวิเคราะห์ขนาดผลกระทบ (Effect Size) ในด้านการสนับสนุนทางสังคมที่มีขนาดผลกระทบสูง (d = 0.60, 95% CI: 0.24 – 0.96) ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในระดับปานกลาง (Medium Effect Size) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 2 ผลการตรวจปริมาณไอโอดีนในเกลือ

ตัวชี้วัด	ก่อนอบรม ($\bar{x}$±S.D.)	หลังอบรม ($\bar{x}$±S.D.)	สถิติทดสอบ	p-value	Cohen's d	95% CI ของ Cohen's d
ค่าเฉลี่ยปริมาณไอโอดีน (ppm)	31.50 ± 8.14	27.90 ± 4.19	t = 2.56	0.016	0.44	[0.09, 0.72]

ผลการศึกษาพบว่าหลังจากผู้ผลิตเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้ ผลการตรวจปริมาณคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนผ่านเกณฑ์มาตรฐานในสถานประกอบการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.57 เป็นร้อยละ 100.00 และปริมาณไอโอดีนในเกลือมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.016) โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 27.90 ppm ซึ่งยังคงอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (20-40 ppm) ที่สำคัญคือ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงจาก 8.14 เป็น 4.19 สะท้อนถึงความสม่ำเสมอและเสถียรภาพในการผลิตที่ดียิ่งขึ้น จากการวิเคราะห์ขนาดผลกระทบ (Effect Size) พบว่ามีค่า d = 0.44 (95% CI: 0.09 – 0.72) ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในระดับน้อย (Small Effect Size)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการผลิตเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ถูกต้องตามมาตรฐานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่า ก่อนการดำเนินโปรแกรม ผู้ประกอบการอาจยังไม่สามารถปฏิบัติตามคู่มือหรือแนวทางการผลิตที่ได้มาตรฐานอย่างครบถ้วน อย่างไรก็ตาม เมื่อได้รับการอบรมและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างชัดเจน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Ajzen[4] ที่อธิบายว่าพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลที่ถูกต้องซึ่งส่งผลต่อความเชื่อพื้นฐานและความตั้งใจในการกระทำ อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง และคณะ[8] ที่พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยการปรับเจตคติควบคู่กันไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ Archila-Godínez et al.,[9] ซึ่งระบุว่ากรอบแนวคิด TPB มีประสิทธิภาพในการทำนายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการอาหารที่ปลอดภัย แต่ทั้งนี้เพื่อให้ประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้นต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีและมีการสนับสนุนจากการสังคม

ในด้านเจตคติต่อความสำคัญของไอโอดีน พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมความตระหนักถึงความสำคัญของไอโอดีนต่อสุขภาพในทุกช่วงวัยได้อย่างมีประสิทธิผล การจัดกิจกรรมที่เน้นการให้ความรู้เชิงลึกควบคู่กับการนำเสนอผลกระทบของภาวะขาดไอโอดีนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีส่วนช่วยปรับเปลี่ยนมุมมองและความเชื่อของผู้ประกอบการ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของวรัญญา และอมรตา อาชาพิทักษ์[10] ที่พบว่าการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมและประสบการณ์ตรงสามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรมของบุคคลได้อย่างมีนัยสำคัญ นั้นสะท้อนให้เห็นว่าเจตคติที่เปลี่ยนไปจะส่งผลโดยตรงกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุรฉัตร จันทร์แดง และคณะ[11] กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ ปัจจัยด้านจิตวิทยา ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ เจตคติ และสติปัญญา

นอกจากนี้ Seaman & Eves[12] ยังยืนยันว่าการใช้ TPB ช่วยให้ผู้เข้าอบรมมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นได้ เนื่องจากเป็นการปรับที่ฐานความเชื่อ (Beliefs) ซึ่งเป็นต้นทางของพฤติกรรม สอดคล้องกับข้อค้นพบว่าเจตคติที่เปลี่ยนไปส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการผลิต

สำหรับการคล้อยตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ พบว่าคะแนนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0$

.001) โดยเฉพาะด้านการจัดทำบันทึกรายงานการผลิต ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนจากระดับต่ำถึงปานกลางไปสู่ระดับสูงอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นว่าการให้คำแนะนำเชิงปฏิบัติอย่างเป็นระบบร่วมกับการติดตามอย่างใกล้ชิด สามารถลดช่องว่างระหว่าง “ความรู้” กับ “การปฏิบัติจริง” ได้อย่างมีประสิทธิผล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Fixsen et al.[13] ที่ระบุว่าความสำเร็จในการนำแนวปฏิบัติมาตรฐานไปใช้จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการชี้แนะ (coaching) และการสนับสนุนทางเทคนิค (technical assistance) อย่างต่อเนื่อง มิใช่เพียงการอบรมแบบครั้งเดียว

ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.54 เป็น 4.14 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถเสริมสร้างความเชื่อมั่นและศักยภาพของผู้ประกอบการในการควบคุมกระบวนการผลิตให้ได้มาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบเรื่องการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control) ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบพฤติกรรมนิยม[13]

ในประเด็นการสนับสนุนทางสังคม พบว่าบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมีส่วนสำคัญในการให้คำปรึกษา เสริมแรง และติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ประกอบการสามารถรักษามาตรฐานการผลิตได้อย่างสม่ำเสมอ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของกนกรัตน์ และคณะ[14] ที่ชี้ให้เห็นว่าการยอมรับและการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนมิได้ขึ้นกับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับการมีเครือข่ายสนับสนุนในระดับชุมชนที่เข้มแข็ง ซึ่งช่วยลดอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทำให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ ผลการศึกษาที่พบว่าความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและชมรมผู้ประกอบการช่วยรักษามาตรฐานการผลิตนั้นสอดคล้องกับรายงานของ UNICEF & GAIN[15] ที่ชี้ว่าความสำเร็จของนโยบายเกลือเสริมไอโอดีนในระดับสากลขึ้นอยู่กับการสร้างพันธมิตรและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อสร้างกลไกการกำกับดูแลกันเองที่ยั่งยืนโดยภาพรวม ผลการวิจัยสะท้อนว่าโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม สามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเจตคติ พฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำ และคุณภาพการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การออกแบบกิจกรรมที่บูรณาการองค์ประกอบด้านความรู้ การชี้แนะเชิงปฏิบัติ การติดตามอย่างเป็นระบบ และการสนับสนุนจากเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่ มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของโปรแกรม

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ของ Ajzen[4] โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมซึ่งสามารถส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมในบางสถานการณ์ โปรแกรมในครั้งนี้มิได้มุ่งเน้นเพียงการถ่ายทอดความรู้ แต่ยังสร้างแรงสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ และเครือข่ายในพื้นที่ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 3.88 เป็น 4.19 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถิติ ($p = 0.005$) ส่งผลให้ผู้ประกอบการตระหนักถึงความคาดหวังทาง

สังคมและความจำเป็นในการปฏิบัติตามมาตรฐานการผลิตมากยิ่งขึ้น

โดยสรุปความโดดเด่นของโปรแกรมนี้คือการบูรณาการทรัพยากรผ่านระบบสนับสนุนระหว่างหน่วยงานต่างสังกัด ทั้งกระทรวงสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการ บูรณาการทรัพยากรในระดับพื้นที่ ร่วมกับการกำกับดูแลกันเองของชมรมผู้ประกอบการเกลือ ซึ่งจะเห็นว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมและการติดตามเชิงระบบ มีประสิทธิผลต่อการแก้ไขปัญหาคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนในระดับผู้ประกอบการ และสามารถพัฒนาเป็นต้นแบบสำหรับการส่งเสริมคุณภาพและความปลอดภัยด้านอาหารในระดับพื้นที่และระดับประเทศต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการแก้ไขปัญหาคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ประกอบการจังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ประกอบการมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการผลิต เจตคติต่อความสำคัญของไอโอดีน การคล้อยตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และผลลัพธ์ด้านคุณภาพเกลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่า การออกแบบโปรแกรมที่ผสมผสานองค์ประกอบด้านความรู้ การปรับเปลี่ยนความเชื่อเชิงพฤติกรรม การเสริมสร้างแรงสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ และการติดตามเชิงระบบ สามารถลดช่องว่างระหว่างองค์ความรู้กับการปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- หน่วยงานสาธารณสุข (เช่น สสจ. สสอ. รพ.) มีการบูรณาการงานร่วมกันและสร้างกลไกเครือข่ายระดับชุมชน
- นำรูปแบบโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมไปขยายผลในพื้นที่อื่น โดยเฉพาะจังหวัดที่คุณภาพเกลือยังไม่ได้มาตรฐาน เพื่อยกระดับเป็นต้นแบบนโยบายด้านความปลอดภัยอาหารและการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนระดับประเทศ
- พัฒนามาตรการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีการผลิตควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

- พัฒนาระบบการกำกับติดตามเชิงสนับสนุน (Supportive Supervision) ที่เน้นการชี้แนะและการให้ความช่วยเหลือทางเทคนิคอย่างต่อเนื่อง แทนการอบรมแบบครั้งเดียว
- เสริมสร้างบทบาทเครือข่ายระดับชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม ทำหน้าที่ติดตาม และเสริมพลังแก่ผู้ประกอบการอย่างเป็นระบบ
- ผสมผสานการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนความเชื่อเชิงพฤติกรรม และการชี้แนะเชิงปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในบริบทการผลิตจริง เพื่อลดช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

- ควรออกแบบการศึกษาในรูปแบบที่มีกลุ่มควบคุม และมีการติดตามผลระยะยาว เพื่อ

ยืนยันความคงทนของผลลัพธ์และเพิ่มความเข้มแข็งเชิงระเบียบวิธี

• ศึกษาปัจจัยเชิงโครงสร้างที่อาจส่งผลต่อคุณภาพการผลิต เพื่อพัฒนาโมเดลการแทรกแซงที่ครอบคลุมทั้งมิติพฤติกรรมและมิติระบบการผลิตอย่างบูรณาการ

โดยสรุป โปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมและการติดตามเชิงระบบ มีศักยภาพในการยกระดับคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนในระดับพื้นที่ และสามารถขยายผลเป็นต้นแบบเชิงนโยบายด้านความปลอดภัยอาหารและการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในระดับประเทศได้อย่างมีนัยสำคัญเชิงปฏิบัติ

ข้อจำกัดในการวิจัย

แม้ว่าผลการวิจัยจะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ได้แก่ 1.การใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน–หลัง โดยไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนหรืออิทธิพลจากเหตุการณ์ภายนอกได้อย่างสมบูรณ์ 2.ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด (n = 35) แม้ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ศึกษา และการอ้างอิงผลไปยังบริบทอื่น 3.การประเมินผลดำเนินการในระยะสั้น ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมจึงยังไม่สามารถยืนยันความคงทนของผลลัพธ์ในระยะยาว 4.ข้อมูลบางส่วนมาจากการรายงานตนเองของผู้ประกอบการ ซึ่งอาจเกิดอคติจากการตอบสนองทางสังคม ดังนั้น การวิจัยในอนาคตควรใช้การออกแบบที่มีกลุ่มควบคุม ติดตามผลระยะยาว และเพิ่มการวัดเชิงวัตถุหรือวิธีการแบบผสมผสาน เพื่อเสริมความเข้มแข็งเชิงระเบียบวิธีและความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนของประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดมาตรฐานเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รายงานผลการสุ่มตรวจคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179–211. Available from: http://www.sietmanagement.fr/wp-content/uploads/2017/12/Azjen.pdf
5. จิวีณา พีชะพัฒน์, ณาตรการณ์ ชยุตสาหกิจ, ณิชา ศิลปวัฒนานันท์. ผลของการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาวะในวัยรุ่นตอนต้น [โครงงานวิจัยระดับปริญญาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
6. อนุวัตร จุลินทร. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารส่งเสริมสุขภาพ. 2562;10(2):45–58.
7. อดิศักดิ์ ทองดี, รุจิรา ศรีสุข. บทบาทของการสนับสนุนทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมสุขภาพในชุมชน. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2554;7(1):12–24.

8. ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง, จิริยา อินทนา, นงนุช วงศ์สว่าง, ชลธิชา บุญศิริ. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2567;4(1):83–94.
9. Archila-Godínez JC, Chen H, Klinestiver L, Rosa L, Barrett T, Henley SC, et al. An evaluation of a virtual food safety program for low-income families: Applying the theory of planned behavior. Foods. 2022;11(3):355. doi: 10.3390/foods11030355.
10. วรัญญา แสงพิทักษ์, อมรตา อาชาพิทักษ์. การประเมินทักษะกระบวนการคิดของนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21: SOLO taxonomy. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 2560;33(2):159–68.
11. บุรฉัตร จันทร์แดง, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร, สัญญา เคณาภูมิ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์. 2562;19(4):235–44.
12. Seaman P, Eves A. Efficacy of the theory of planned behaviour model in predicting safe food handling practices. Food Control. 2010;21(7):983-87.
13. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network; 2005.
14. กนกรัตน์ แสนชัย,สุรศักดิ์ เสาแก้ว,และพงศ์ธร บัวทอง. การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับเกลือสินเธาว์เสริมไอโอดีน ของผู้ผลิตและผู้บริโภคในอำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 2565;14(3),341–52.
15. UNICEF, GAIN. Brighter futures: Protecting early brain development through salt iodization. New York: United Nations Children’s Fund (UNICEF); 2018.

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเชิงจิตมิติของแบบประเมินความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว

ศักดิ์ขรินทร์ นรสาร[1],วิไลวรรณ วัฒนานนท์[2] ,ศิราณี ศรีหาภาค[3*]

(วันที่รับบทความ: 17 พฤศจิกายน 2568, วันที่แก้ไข: 24 พฤษภาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 2 กรกฎาคม 2569)

บทคัดย่อ

การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลที่มีความรู้และทัศนคติที่เหมาะสมร่วมกับการกำกับดูแลโดยพยาบาล การวิจัยเชิงระเบียบวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเชิงจิตมิติของแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งประเมินความไวต่อการเปลี่ยนแปลงภายหลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาว เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 160 คน เครื่องมือประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้ 20 ข้อ และแบบประเมินทัศนคติเชิงบวกและเชิงลบชุดละ 16 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นภายในด้วย KR-20 และ Cronbach’s alpha วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการอบรมด้วย paired t-test และ Cohen’s d ผลการวิจัยพบว่าแบบทดสอบความรู้มี S-CVI = 0.95 และ KR-20 = 0.79 แบบประเมินทัศนคติเชิงบวกและเชิงลบมี S-CVI = 0.97 และ 0.96 และ Cronbach’s alpha = 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ โครงสร้างแบบประเมินทัศนคติอธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 62.4 และ 60.1 ภายหลังการอบรม คะแนนความรู้และทัศนคติเชิงบวกเพิ่มขึ้น ขณะที่ทัศนคติเชิงลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เครื่องมือมีคุณภาพเหมาะสมสำหรับใช้ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลและติดตามผลการพัฒนาศักยภาพ โดยพยาบาลผู้สูงอายุและพยาบาลปฐมภูมิสามารถนำผลประเมินไปกำหนดสุขศึกษา ติดตามการดูแล และประสานบริการในระบบการดูแลระยะยาวได้อย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, ผู้ดูแล, การดูแลระยะยาว, ความรู้, ทัศนคติ

[1,2]อาจารย์, [3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์

[1-3] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding author: ศิราณี ศรีหาภาค e-mail: siranee.s@bcnkk.ac.th

Development and Psychometric Evaluation of Caregivers Knowledge and Attitude Measures for Dementia Screening in the Thai Long-Term Care System

Sakkharin Norrasan[1] ,Wilaiwan Wattananon[2] ,Siranee Srihapark[3*]

(Received: 17th November 2025, Revised: 24th May 2026, Accepted: 2nd July 2026)

Abstract

Dementia screening in long-term care requires caregivers with adequate knowledge and appropriate attitudes, supported by nurses. This methodological study aimed to develop and examine the psychometric properties and responsiveness of caregiver knowledge and attitude measures regarding dementia screening. Participants were 160 caregivers in the long-term care system of Health Region 7, Thailand. The measures included a 20-item knowledge test and two 16-item attitude scales assessing positive and negative attitudes. Seven experts evaluated content validity; internal consistency was examined using KR-20 and Cronbach's alpha; exploratory factor analysis was performed; and pre- and post-training scores were compared using paired t-tests and Cohen's d. The knowledge test demonstrated an S-CVI of 0.95 and KR-20 of 0.79. The positive and negative attitude scales demonstrated S-CVI values of 0.97 and 0.96 and alpha coefficients of 0.89 and 0.86, respectively. Their factor structures explained 62.4% and 60.1% of total variance. Following training, knowledge and positive attitude scores increased, whereas negative attitude scores decreased significantly ($p < 0.001$). The measures are suitable for assessing caregiver readiness and monitoring capacity development; gerontological and primary care nurses may use the results to target education, monitor care, and coordinate continuity of dementia care in the long-term care system.

Keywords: dementia, caregiver, long-term care, knowledge, attitude

---

[1,2]Lecturer, [3]Assistant Professor

[1-3]Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author: Siranee Srihapark e-mail: siranee.s@bcnkk.ac.th

บทนำ

ในประเทศไทย การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนต้องอาศัยผู้ดูแลและระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การศึกษาผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชนบทไทยสะท้อนว่าผู้ดูแลเป็นกลไกสำคัญของการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) และเผชิญภาระจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีความต้องการซับซ้อน[1] การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือ IQCODE พบว่า หลังการอบรม ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีทัศนคติเชิงลบลดลง[2] ขณะที่การพัฒนารูปแบบการดูแลในเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น แสดงบทบาทของระบบ LTC ในการเชื่อมผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และทีมสุขภาพเข้าสู่การดูแลต่อเนื่อง[3]

พยาบาลด้านผู้สูงอายุและพยาบาลปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหา สนับสนุนผู้ดูแล วางแผนดูแลรายบุคคล และประสานบริการในชุมชน โดยการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในประเทศไทยชี้ให้เห็นความสำคัญของพยาบาลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวในการร่วมกันจัดการการดูแลที่บ้าน[4] อย่างไรก็ตาม เครื่องมือในบริบทไทยส่วนใหญ่มุ่งประเมินผู้สูงอายุโดยตรง ขณะที่ยังขาดเครื่องมือที่ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลต่อการสนับสนุนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมอย่างเฉพาะเจาะจง ช่องว่างดังกล่าวมีนัยสำคัญต่อการพยาบาลผู้สูงอายุ เนื่องจากพยาบาลมิได้ทำหน้าที่เพียงประเมินผู้สูงอายุ แต่ยังต้องพัฒนาผู้ดูแลให้สังเกตอาการ ดูแลอย่างเคารพศักดิ์ศรี และประสานบริการได้เหมาะสม เครื่องมือที่มีคุณภาพจึงช่วยให้พยาบาลประเมินความต้องการเรียนรู้ วางแผนสุขศึกษา และติดตามคุณภาพการดูแลในระบบ LTC ได้อย่างมีหลักฐานรองรับการพัฒนาเครื่องมือวัดทางสุขภาพต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การกำหนดโครงสร้างเนื้อหา การสร้างข้อคำถาม การตรวจสอบความตรง ความเชื่อมั่น และโครงสร้างของเครื่องมือ[5] รวมทั้งพิจารณาความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของเครื่องมือเมื่อใช้ประเมินผลภายหลังการอบรม[6,7] การศึกษานี้จึงพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเชิงจิตมิติของแบบประเมินความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระบบ LTC พร้อมประเมินความไวต่อการเปลี่ยนแปลงภายหลังการอบรมผู้ดูแล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเชิงจิตมิติของแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระบบ LTC
2. เพื่อประเมินความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทัศนคติเมื่อใช้ติดตามผลก่อนและหลังการอบรมผู้ดูแลในระบบ LTC

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยกำหนดให้ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลเป็นองค์ประกอบของความพร้อมต่อการสนับสนุนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความเชื่อมั่น โครงสร้างองค์ประกอบ และความไวต่อการเปลี่ยนแปลง(5-8) โดยพยาบาลด้านผู้สูงอายุเป็นผู้ใช้ผลประเมินเพื่อกำหนดสุขศึกษา สนับสนุนผู้ดูแล และเชื่อมต่อผู้สูงอายุเข้าสู่การดูแลที่เหมาะสมในระบบ LTC

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงระเบียบวิธี (methodological research) เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเชิงจิตมิติของแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทัศนคติ รวมทั้งประเมินความไวต่อการเปลี่ยนแปลงจากข้อมูลก่อนและหลังการอบรมผู้ดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักหรืออาสาสมัครสาธารณสุขที่มีบทบาทดูแลผู้สูงอายุในระบบ LTC เขตสุขภาพที่ 7 ครอบคลุมจังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด จำนวน 160 คน เลือกแบบมีเกณฑ์ โดยกำหนดคุณสมบัติ ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน สื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการอบรมและการประเมิน ขนาดกลุ่มตัวอย่างพิจารณาให้เหมาะสมต่อการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจตามหลักการพัฒนาเครื่องมือวัด[5]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อมูลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแล และประสบการณ์การอบรมด้านผู้สูงอายุหรือภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการคัดกรอง จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบถูก-ผิด ครอบคลุมสาระเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานของภาวะสมองเสื่อม อาการและผลกระทบ หลักการสังเกตและคัดกรองเบื้องต้น และบทบาทผู้ดูแลในการบันทึกข้อมูล แจ้งพยาบาล และประสานบริการ ให้คะแนนคำตอบที่ถูกต้อง 1 คะแนน และคำตอบที่ผิดหรือไม่ตอบ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–20 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการสนับสนุนการคัดกรองมากขึ้น

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการคัดกรอง ประกอบด้วยแบบประเมิน 2 ชุด ได้แก่ แบบประเมินทัศนคติเชิงบวก จำนวน 16 ข้อ และแบบประเมินทัศนคติเชิงลบ จำนวน 16 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 4 = เห็นด้วย และ 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบประเมินทัศนคติเชิงบวกมีคะแนนสูงหมายถึงผู้ดูแลมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการคัดกรองมากขึ้น ส่วนแบบประเมินทัศนคติเชิงลบมีคะแนนสูงหมายถึงผู้ดูแลมีความเชื่อเชิงลบ ความกังวล หรือการตีตรามากขึ้น เมื่อนำไปคำนวณคะแนนทัศนคติรวม ให้กลับคะแนนข้อทัศนคติเชิงลบก่อนรวมคะแนน เพื่อให้คะแนนรวมสูงหมายถึงทัศนคติที่เหมาะสมมากขึ้น (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 โครงสร้างเนื้อหาของเครื่องมือและการให้คะแนน

เครื่องมือ	จำนวนข้อ	เนื้อหาที่ประเมิน	การให้คะแนนและความหมาย
แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการคัดกรอง	20	ความรู้พื้นฐานและการดำเนินโรค; อาการและผลกระทบ; หลักการสังเกตและคัดกรอง; บทบาทผู้ดูแลในการแจ้งพยาบาลและประสานบริการ	ตอบถูก = 1, ตอบผิด/ไม่ตอบ = 0; คะแนนรวม 0-20 คะแนน; คะแนนสูงหมายถึงมีความรู้มากขึ้น
แบบประเมินทัศนคติเชิงบวก	16	การยอมรับศักดิ์ศรีผู้สูงอายุ; ความเชื่อมั่นต่อการคัดกรอง; ความพร้อมร่วมมือกับพยาบาลและทีมสุขภาพ; ความตั้งใจเรียนรู้	Likert 1-5 คะแนน; คะแนนสูงหมายถึงมีทัศนคติเชิงบวกมากขึ้น
แบบประเมินทัศนคติเชิงลบ	16	การตีตรา; ความกลัวหรือความไม่มั่นใจในการดูแล; ความเชื่อว่าการคัดกรองไม่มีประโยชน์; ความลังเลต่อการแจ้งหรือส่งต่อ	Likert 1-5 คะแนน; คะแนนสูงก่อนกลับคะแนนหมายถึงมีทัศนคติเชิงลบมากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ประสาทวิทยาและการพยาบาลชุมชนหรือระบบ LTC ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามโดยประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับแนวคิดที่ต้องการวัดในระดับ 1-4 คะแนน จากนั้นคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาระดับข้อ (item-level content validity index: I-CVI) และระดับฉบับ (scale-level content validity index: S-CVI) การพิจารณาค่า I-CVI อ้างอิงหลักการของ Polit, Beck และ Owen ซึ่งเสนอว่าข้อคำถามที่มีค่า I-CVI ตั้งแต่ 0.78 ขึ้นไปเมื่อประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปถือว่ามีหลักฐานความตรงเชิงเนื้อหาที่เหมาะสม[9,10] การตรวจสอบความเชื่อมั่นภายในของแบบทดสอบความรู้ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ KR-20 เนื่องจากเป็นข้อคำถามแบบถูก-ผิด ส่วนแบบประเมินทัศนคติเชิงบวกและเชิงลบใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค การตรวจสอบโครงสร้างของแบบประเมินทัศนคติใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) โดยใช้วิธี principal axis factoring และหมุนแกนแบบ oblique เนื่องจากองค์ประกอบด้านทัศนคติมีโอกาสสัมพันธ์กัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลที่เข้าร่วมการอบรมพัฒนาศักยภาพด้านภาวะสมองเสื่อมและการคัดกรองในระบบ LTC เขตสุขภาพที่ 7 ผู้เข้าร่วมตอบแบบประเมินก่อนการอบรมและตอบแบบประเมินอีกครั้งทันทีภายหลังเสร็จสิ้นการอบรม ใช้เวลาตอบแบบประเมินแต่ละครั้งประมาณ 25-30 นาที ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัว และการรักษาความลับของข้อมูลก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินความไวต่อการเปลี่ยนแปลง

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาด้วย I-CVI และ S-CVI วิเคราะห์ความเชื่อมั่นภายในด้วย KR-20 และ Cronbach's alpha วิเคราะห์โครงสร้างของแบบประเมินทัศนคติด้วย EFA และประเมินความไวต่อการเปลี่ยนแปลงด้วย paired t-test เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการอบรม พร้อมรายงาน Cohen's d เพื่อแสดงขนาดการเปลี่ยนแปลง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการอบรมในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความไวของเครื่องมือในการตรวจจับการเปลี่ยนแปลง ภายในภายหลังการอบรม มิได้ใช้เพื่อสรุปประสิทธิผลเชิงสาเหตุของโปรแกรม เนื่องจากการศึกษาไม่มีกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เลขที่ IRB-BCNKK-43-2024 ผู้เข้าร่วมได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ ความเสี่ยง สิทธิในการถอนตัว และการเก็บรักษาข้อมูลอย่างเป็นความลับก่อนลงนามยินยอม ข้อมูลทั้งหมดรายงานในภาพรวมและไม่ส่งผลต่อสิทธิการรับบริการของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลและผู้สูงอายุในระบบ LTC ผู้ดูแลที่มีข้อมูลครบถ้วนทั้งก่อนและหลังการอบรมจำนวน 160 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 96.3 และเป็นเพศชาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.7 อายุเฉลี่ย 53.72 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.62 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 64.4 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.3 และประกอบอาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย หรือรับจ้างทั่วไปมากกว่าร้อยละ 80

ข้อมูลบริบทของผู้สูงอายุในระบบ LTC จำนวน 4,121 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.6 และเพศชาย ร้อยละ 36.4 อายุเฉลี่ย 71.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.9 ปี เมื่อจำแนกตามระดับภาวะพึ่งพิง พบว่ากลุ่มพึ่งพิงน้อยมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 48.6 รองลงมาคือกลุ่มพึ่งพิงปานกลาง ร้อยละ 36.5 และกลุ่มพึ่งพิงมาก ร้อยละ 15.1 ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ดูแลและพยาบาลในระบบ LTC ต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีความต้องการด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน การประเมินความพร้อมของผู้ดูแลจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2. ความตรงเชิงเนื้อหา ความเชื่อมั่นภายใน และโครงสร้างองค์ประกอบของเครื่องมือ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า แบบทดสอบความรู้มีค่า I-CVI ระหว่าง 0.83–1.00 และค่า S-CVI เท่ากับ 0.95 แบบประเมินทัศนคติเชิงบวกมีค่า I-CVI ระหว่าง 0.80–1.00 และค่า S-CVI เท่ากับ 0.97 ส่วนแบบประเมินทัศนคติเชิงลบมีค่า I-CVI ระหว่าง 0.80–1.00 และค่า S-CVI เท่ากับ 0.96 ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นภายในพบว่า แบบทดสอบความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.79 แบบประเมินทัศนคติเชิงบวกมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ

0.89 และแบบประเมินทัศนคติเชิงลบมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86 แสดงว่าเครื่องมือทั้ง 3 ชุดมีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับที่เหมาะสมต่อการนำไปใช้ประเมินผู้ดูแลในบริบทบริการสุขภาพ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คุณภาพเชิงจิตมิติของแบบประเมินความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระบบ LTC (n = 160)

เครื่องมือ	จำนวนข้อ	ประเภทคะแนน	ช่วงค่า I-CVI	S-CVI รวม	สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น*
1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการคัดกรอง	20	ถูก-ผิด	0.83-1.00	0.95	KR-20 = 0.79
2. แบบประเมินทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม	16	Likert 5 ระดับ	0.80-1.00	0.97	α = 0.89
3. แบบประเมินทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม	16	Likert 5 ระดับ	0.80-1.00	0.96	α = 0.86

หมายเหตุ: **แบบทดสอบความรู้ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ KR-20 ส่วนแบบประเมินทัศนคติเชิงบวกและเชิงลบใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha)*

โครงสร้างเชิงองค์ประกอบ (Construct validity) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) พบว่าแบบวัดทัศนคติมีโครงสร้างองค์ประกอบสอดคล้องกับกรอบแนวคิด โดยแต่ละชุดคำถามสามารถจำแนกเป็น 2 ปัจจัยหลัก อธิบายความแปรปรวนรวมได้มากกว่าร้อยละ 60 และมีค่า eigenvalue สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แสดงถึงความเหมาะสมของโครงสร้างเครื่องมือ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (n = 160)

ตัวแปร	จำนวนปัจจัยจาก EFA	ค่า eigenvalue ปัจจัยหลัก	ร้อยละความแปรปรวน
1. ทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม (ชุดที่ 1)	2	5.8	62.4
2. ทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม (ชุดที่ 2)	2	5.4	60.1

หมายเหตุ: *การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ใช้วิธี principal axis factoring และหมุนแกนแบบ oblique*

3. **ความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของเครื่องมือ** ผลการอบรมผู้ดูแลพบว่า แบบทดสอบและแบบประเมินมีความไวต่อการตรวจจับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการอบรมด้วย paired t-test ดังนี้ (1) คะแนนความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ (Δ = +3.60, $p < 0.001$, Cohen's d = 1.13) (2) ทัศนคติเชิงบวกดีขึ้น (Δ = +0.35, $p < 0.001$, d = 0.64) (3) ทัศนคติเชิงลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Δ = –0.50, $p < 0.001$, d = 0.75) และ (4) คะแนนทัศนคติรวมดีขึ้น (Δ = +0.45, $p < 0.001$, d = 0.87) ค่าขนาดอิทธิพล (Cohen's d) อยู่ในช่วงปานกลางถึงสูง แสดงว่าเครื่องมือมีความไวต่อการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมพัฒนาผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของแบบทดสอบความรู้และแบบวัดทัศนคติของผู้ดูแลต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการอบรม (n = 160)

ตัวแปร	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	ก่อนอบรม Mean ± SD	หลังอบรม Mean ± SD	ผลต่างเฉลี่ย (Δ)	t	df	p-value	Cohen's d
1. คะแนนความรู้ (20 ข้อ; ถูก = 1)	0-20	13.20 ± 3.10	16.80 ± 2.50	+3.60	14.25	159	<0.001	1.13
2. ทัศนคติเชิงบวก (ชุดที่ 1; 16 ข้อ)**	1-5 (เฉลี่ยต่อข้อ)	3.90 ± 0.45	4.25 ± 0.40	+0.35	8.15	159	<0.001	0.64
3. ทัศนคติเชิงลบ (ชุดที่ 2; 16 ข้อ)***	1-5 (เฉลี่ยต่อข้อ)	2.80 ± 0.60	2.30 ± 0.55	-0.50	-9.50	159	<0.001	0.75
4. คะแนนทัศนคติรวม****	1-5 (เฉลี่ยต่อข้อ)	3.50 ± 0.40	3.95 ± 0.38	+0.45	11.05	159	<0.001	0.87

หมายเหตุ: ** วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test*

*** คะแนนสูงหมายถึงทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากขึ้น*

**** คะแนนสูงหมายถึงทัศนคติเชิงลบ/การตีตรามากขึ้น (ทัศนคติลบลดลงหลังอบรม)*

***** คะแนนรวมคำนวณจากการรวมคะแนนทัศนคติเชิงบวก และคะแนนทัศนคติเชิงลบที่ผ่านการ reverse score แล้ว ให้ค่าเฉลี่ยต่อข้ออยู่ในช่วง 1-5 เท่ากันทุกมิติ*

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเชิงจิตมิติของแบบประเมินความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระบบ LTC ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา ความเชื่อมั่นภายในโครงสร้างองค์ประกอบ และความไวต่อการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับเหมาะสม ประเด็นสำคัญของผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับประเมินผู้ดูแลช่วยเติมช่องว่างของการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบ LTC การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชนมิได้อาศัยเพียงการประเมินผู้สูงอายุ แต่ยังขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ดูแลในการสังเกตความเปลี่ยนแปลงและประสานบริการเมื่อพบความผิดปกติ ระบบ LTC จึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ดูแล พยาบาล และทีมสุขภาพ[4,5] เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นแตกต่างจากแบบคัดกรองผู้สูงอายุโดยตรง เนื่องจากมุ่งประเมิน “ความพร้อมของผู้ดูแล” ทั้งด้านความรู้และทัศนคติ ซึ่งมีผลต่อการสังเกตอาการ การแจ้งพยาบาล และการเข้าสู่กระบวนการดูแลที่เหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อการตีตราภาวะสมองเสื่อมยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ[2] ดังนั้นเครื่องมือนี้จึงช่วยให้พยาบาลด้านผู้สูงอายุสามารถระบุความต้องการพัฒนาของผู้ดูแล และวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทของครอบครัวและระบบ LTC ได้อย่างเป็นระบบ

2. คุณภาพเชิงจิตมิติของเครื่องมือสนับสนุนการนำไปใช้ในบริการสุขภาพ เครื่องมือทั้ง 3 ชุดมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับเหมาะสม โดยค่า I-CVI ต่ำสุดเท่ากับ 0.80 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตามข้อเสนอของ Polit, Beck และ Owen (8) แบบทดสอบความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.79 ขณะที่แบบประเมินทัศนคติเชิงบวกและเชิงลบมีค่า Cronbach’s alpha เท่ากับ 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นภายในเพียงพอสำหรับใช้ประเมินผู้ดูแลในบริบทบริการสุขภาพ ตามหลักการพัฒนาเครื่องมือวัด เครื่องมือที่นำไปใช้ประเมินผลด้านสุขภาพควรมีหลักฐานด้านความตรงและความเชื่อมั่นที่เหมาะสม เพื่อให้ผลประเมินสามารถใช้ประกอบการวางแผนบริการได้อย่างน่าเชื่อถือ[7,10]

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจพบว่า แบบประเมินทัศนคติเชิงบวกและเชิงลบสามารถจำแนกได้ชุดละ 2 ปัจจัย และอธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 62.4 และ 60.1 ตามลำดับ ผลดังกล่าวเป็นหลักฐานเบื้องต้นว่าแบบประเมินสามารถสะท้อนมิติสำคัญของทัศนคติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ ทั้งด้านการยอมรับและด้านการตีตรา ข้อมูลจากเครื่องมือนี้จึงช่วยให้พยาบาลด้านผู้สูงอายุระบุประเด็นที่ผู้ดูแลยังต้องได้รับการพัฒนา และนำไปวางแผนสุขศึกษา การติดตาม และการสนับสนุนการดูแลในระบบ LTC ได้ตรงกับความต้องการมากขึ้น

3. ความไวต่อการเปลี่ยนแปลงและการประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลผู้สูงอายุ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมิได้มีคุณค่าเฉพาะด้านการวัดผล แต่ยังสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในระบบ LTC ซึ่งต้องอาศัยการประเมินครอบครัว การพัฒนาผู้ดูแล และการประสานบริการอย่างต่อเนื่อง[4,5] พยาบาลสามารถใช้คะแนนความรู้

และทัศนคติร่วมกับข้อมูลสุขภาพและระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ เพื่อวางแผนดูแลรายบุคคล กำหนดสุขศึกษาเฉพาะจุด และติดตามผู้ดูแลที่ยังขาดความรู้หรือมีทัศนคติเชิงลบ โดยบทบาทของพยาบาลด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย **(1) บทบาทด้านการประเมินและวางแผนการดูแล** พยาบาลสามารถใช้ผลคะแนนของผู้ดูแลร่วมกับข้อมูลสุขภาพ ระดับภาวะพึ่งพิง และความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความพร้อมของครอบครัวและจัดทำแผนดูแลรายบุคคลได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำหรือมีทัศนคติเชิงลบสูงอาจต้องได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิดมากขึ้น และได้รับการพัฒนาก่อนมอบหมายบทบาทด้านการสังเกตอาการหรือการรายงานข้อมูลต่อทีมสุขภาพ **(2) บทบาทด้านการให้สุขศึกษาและเสริมพลังผู้ดูแล** พยาบาลสามารถนำผลคะแนนรายด้านไปกำหนดเนื้อหาการสอนที่เฉพาะเจาะจง เช่น การแยกอาการหลงลืมตามวัยออกจากอาการผิดปกติที่ควรได้รับการประเมิน การสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง การสื่อสารกับผู้สูงอายุโดยไม่ตำหนิหรือทำให้รู้สึกด้อยคุณค่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และการแจ้งข้อมูลที่จำเป็นแก่ทีมสุขภาพ การดำเนินงานดังกล่าวมีความสำคัญต่อการลดการตีตราและเสริมสร้างการดูแลที่เคารพศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ[2] **(3) บทบาทด้านการประสานความต่อเนื่องของการดูแล** ผู้ดูแลที่มีความรู้และทัศนคติที่เหมาะสมจะสามารถร่วมกับพยาบาลในการสังเกตอาการบันทึกข้อมูล และแจ้งความผิดปกติได้รวดเร็วขึ้น พยาบาลจึงสามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวในการประเมินซ้ำ วางแผนเยี่ยมบ้าน ประสานแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพ และติดตามผลการส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการดำเนินงาน LTC ในชุมชน[4,5] และ **(4) บทบาทด้านการพัฒนาคุณภาพบริการและองค์ความรู้ทางการพยาบาล** เมื่อใช้เครื่องมืออย่างต่อเนื่อง ข้อมูลคะแนนของผู้ดูแลสามารถนำมาวิเคราะห์ในระดับหน่วยบริการหรือพื้นที่ เพื่อระบุประเด็นที่ต้องพัฒนา เช่น ความรู้เรื่องอาการเตือน ความมั่นใจในการส่งต่อ หรือการตีตราผู้สูงอายุ ข้อมูลดังกล่าวสามารถสนับสนุนการวางแผนอบรม การติดตามคุณภาพบริการ และการพัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุในระบบ LTC โดยมีพยาบาลเป็นผู้เชื่อมการประเมินกับการปรับปรุงบริการอย่างเป็นระบบ

ดังนั้น งานวิจัยนี้มีคุณค่าทั้งด้านการพัฒนาเครื่องมือและด้านการประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลผู้สูงอายุ เพราะเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ดูแลกับการประเมิน การให้สุขศึกษา การติดตาม การส่งต่อ และการพัฒนาคุณภาพบริการในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม บทบาทดังกล่าวสะท้อนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งเป็นสาระสำคัญของผลงานวิชาการด้านการพยาบาล

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ (1) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในระบบ LTC เฉพาะเขตสุขภาพที่ 7 การนำเครื่องมือไปใช้ในพื้นที่อื่นจึงควรตรวจสอบคุณภาพเพิ่มเติม (2) การประเมินความไวต่อการเปลี่ยนแปลงดำเนินการทันทีหลังการอบรม จึงยังไม่สะท้อนความคงอยู่ของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลในระยะยาวและ (3) การตรวจสอบโครงสร้างองค์ประกอบเป็นการวิเคราะห์เชิงสำรวจในกลุ่ม

ตัวอย่างเดียว จึงควรมีการยืนยันโครงสร้างของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างใหม่ที่มีความหลากหลายมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำเครื่องมือไปใช้

พยาบาลด้านผู้สูงอายุ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และพยาบาลผู้จัดการการดูแลควรใช้เครื่องมือนี้ประเมินความพร้อมของผู้ดูแล เพื่อกำหนดกิจกรรมพัฒนาเฉพาะจุด เช่น การสังเกตอาการเตือน การสื่อสารเพื่อลดการตีตรา การบันทึกข้อมูล และการประสานส่งต่อ โดยใช้ผลประเมินประกอบการวางแผนดูแล มิใช่ใช้แทนการประเมินทางคลินิก ทั้งนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถบูรณาการผลประเมินกับการเยี่ยมบ้านและแผนดูแลรายบุคคล เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลผู้สูงอายุในระบบ LTC[4,5] การใช้ในครั้งต่อไปควรตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในพื้นที่และกลุ่มผู้ดูแลที่หลากหลาย ศึกษาความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำและผลติดตามระยะยาว รวมทั้งยืนยันโครงสร้างเครื่องมือและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของผู้ดูแลกับผลลัพธ์บริการ เช่น การคัดกรอง การส่งต่อ และความต่อเนื่องของแผนดูแล

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้พัฒนาแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระบบ LTC โดยเครื่องมือมีคุณภาพเชิงจิตมิติและมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับเหมาะสม สามารถใช้ประเมินความพร้อมและติดตามการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลภายหลังการอบรมได้ ในมิติของการพยาบาลผู้สูงอายุ เครื่องมือนี้สนับสนุนบทบาทของพยาบาลในการประเมินครอบครัว วางแผนสุขศึกษา ลดการตีตรา ส่งเสริมการสังเกตอาการระยะแรก และเชื่อมต่อการดูแลผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบ LTC อย่างต่อเนื่อง จึงเป็นผลงานที่สะท้อนการประยุกต์องค์ความรู้ทางการพยาบาลสู่การพัฒนาคุณภาพบริการผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

1. Chuakhamfoo NN, Phanthunane P, Chansirikarn S, Pannarunothai S. Health and long-term care of the elderly with dementia in rural Thailand: a cross-sectional survey through their caregivers. *BMJ Open*. 2020; 10(3): e032637. doi:10.1136/bmjopen-2019-032637.
2. ศิราณี ศรีหาภาค, และคณะ. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนโดยเครื่องมือ IQCODE. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์.* 2567;16(2):295-313.
3. ดังการ พลลาภ, ศิราณี ศรีหาภาค, ประคอง ขันบำรุง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.* 2567;9(6):493-503.
4. Hinton L, Wang K, Levkoff S, Chuengsatiansup K, Sihapark S, Krisanaprakornkit T, et al. Dementia neuropsychiatric symptom frequency,

severity, and correlates in community-dwelling Thai older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2022;30(8):883-91. doi:10.1016/j.jagp.2022.05.005.

5. Mongklam P, Kraithaworn P, Piyatrakul S. Exploring dementia care for community-dwelling older adults in Thailand: a qualitative descriptive study. *Belitung Nurs J.* 2025; 11(4): 459-67. doi:10.33546/bnj.3835.
6. Prorok JC, Horgan S, Seitz DP. Health care experiences of people with dementia and their caregivers: a meta-ethnographic analysis of qualitative studies. *CMAJ.* 2013; 185(14): E669-E680. doi:10.1503/cmaj.121795.
7. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quiñonez HR, Young SL. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. *Front Public Health*. 2018; 6:149. doi:10.3389/fpubh.2018.00149.
8. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459-67. doi:10.1002/nur.20199.
9. Husted JA, Cook RJ, Farewell VT, Gladman DD. Methods for assessing responsiveness: a critical review and recommendations. *J Clin Epidemiol*. 2000;53(5):459-68. doi:10.1016/S0895-4356(99)00206-1.
10. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* 2007;60(1):34-42. doi:10.1016/j.jclinepi.2006.03.012.

ผลของโปรแกรมการใช้ไม้บรรทัดนับหน่วยคาร์โบไฮเดรต ร่วมกับออกกำลังกายด้วยตนเอง ต่อค่าดัชนีมวลกายและเปอร์เซ็นต์ไขมัน ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ศิวพร ขุมหิรัญ[1*],วาสนา มงคลศิลป์[2],ชัญญานุช ปานนิล[3]

(วันที่รับบทความ: 15 กุมภาพันธ์ 2569, วันที่แก้ไข: 6 กรกฎาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 6 กรกฎาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการใช้ไม้บรรทัดนับหน่วยคาร์โบไฮเดรตร่วมกับการออกกำลังกายด้วยตนเอง ต่อดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมัน ความรู้การนับคาร์บฯ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ของบุคลากร ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI > 23 กก./ม.²) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power ได้รับโปรแกรมฯ อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ 45 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพฯ แบบประเมินความรู้การนับหน่วยคาร์บฯ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย ติดตามผ่าน Line Group วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test และ Wilcoxon Signed Ranks Test.

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายลดลงจาก 28.51 กก./ม.² เป็น 27.98 กก./ม.² เปอร์เซ็นต์ไขมันลดลงร้อยละ 1 น้ำหนักตัวลดลงเฉลี่ย 1.26 กิโลกรัม และเส้นรอบเอวลดลงเฉลี่ย 1.50 เซนติเมตร โดยมีขนาดอิทธิพลระดับสูง คะแนนความรู้เรื่องการนับคาร์บฯ เพิ่มขึ้นจาก 7.23 เป็น 9.60 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพฯ โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-4.782, p<0.001) ความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$= 4.58, SD=0.47) ด้านผลลัพธ์และประโยชน์ที่ได้รับมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$= 4.77, SD=0.56)

สรุปได้ว่า โปรแกรมการใช้ไม้บรรทัดนับคาร์บฯ มีประสิทธิผลในการปรับปรุงองค์ประกอบร่างกาย เพิ่มความรู้ด้านโภชนาการ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในบุคลากรวัยทำงาน ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน การศึกษานี้มีข้อจำกัด ด้านขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เล็ก ไม่มีกลุ่มควบคุม การนำผลไปประยุกต์ใช้ควรคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ: ไม้บรรทัดนับคาร์บ, ออกกำลังกายด้วยตนเอง, ดัชนีมวลกาย, ภาวะน้ำหนักเกิน, เปอร์เซ็นต์ไขมัน

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, [2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, [3] นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ

[1,2,3] ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

*Corresponding author: ศิวพร ขุมหิรัญ e-mail: Siwaporn7561@gmail.com

The Effects of a Carb-Counting Ruler Program Combined with Self-Directed Exercise on Body Mass Index and Body Fat Percentage Among Overweight Staff at Regional Health Promotion Centre 7 Khon Kaen.

Siwaporn Khumhirun[1]* ,Wassana Mongkolsin [2] ,Chanyanut Parnnil[3]

(Received: 15th February 2026, Revised: 6th July 2026, Accepted: 6th July 2026)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a carbohydrate-counting ruler program combined with self-directed exercise on body mass index (BMI), body fat percentage, carbohydrate-counting knowledge, and desirable health behaviors among personnel with overweight (BMI > 23 kg/m²). A sample of 30 participants was recruited, with sample size calculated using G*Power software. Participants engaged in the program at least 5 days per week, 45 minutes per session, for 8 weeks. Data were collected using a desirable health behavior assessment form, a carbohydrate-counting knowledge assessment form, a satisfaction assessment form, and a food consumption and physical activity record form, with monitoring conducted via a Line group. Data were analyzed using the paired t-test and the Wilcoxon Signed Ranks Test.

Results showed that after participating in the program, participants' BMI decreased from 28.51 kg/m² to 27.98 kg/m², body fat percentage decreased by 1%, mean body weight decreased by 1.26 kilograms, and mean waist circumference decreased by 1.50 centimeters, with a large effect size. Carbohydrate-counting knowledge scores increased significantly from 7.23 to 9.60 points, and overall desirable health behavior scores increased significantly ($Z = -4.782$, $p < .001$). Overall satisfaction with the program was at the highest level ($\overline{X} = 4.58$, SD = 0.47), with the outcomes and benefits domain showing the highest mean score ($\overline{X} = 4.77$, SD = 0.56).

In conclusion, the carbohydrate-counting ruler program was effective in improving body composition, increasing nutritional knowledge, and promoting desirable health behaviors among working-age personnel with overweight. This study was limited by a small sample size and the absence of a control group; therefore, application of the findings should take into account target populations with similar characteristics.

Keywords: Carb-Counting Ruler, Self-Directed Exercise, Body Mass Index, Overweight, Body Fat Percentage

[1] Registered Nurse (Professional Level), [2] Registered Nurse (Senior Professional Level),

[3] Nutritionist Senior (Professional Level)

[1 2 3] Regional Health Promotion Center 7 Khonkaen

*Corresponding author: Siwaporn Khumhirun e-mail: Siwaporn7561@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์โรคอ้วนเป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลก ที่ทวีความรุนแรงขึ้น องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี ค.ศ. 2018 มีประชากรวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมากกว่า 1.9 พันล้านคน สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ปี พ.ศ. 2567 พบคนไทยมีน้ำหนักเกินมาตรฐานสูงถึง 20.8 ล้านคน หรือร้อยละ 48.35 ซึ่งโรคอ้วนมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ส่งผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล[1-4]

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข HDC ปี 2567 ระบุว่า ประชากรวัยทำงานอายุ 19–59 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 20.14 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพียงร้อยละ 37.23[5] เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ซึ่งมีบทบาทหลักในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน กลับพบว่าบุคลากรจำนวนมากมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะน้ำหนักเกิน เนื่องจากลักษณะงานที่ต้องนั่งทำงานเป็นเวลานาน มีความเครียด และขยับกายน้อย ปัญหาดังกล่าวนอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพส่วนบุคคลแล้วยังกระทบต่อความน่าเชื่อถือในการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ (Role Model) ในสายตาประชาชนอีกด้วย[6-7]

การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน งานวิจัยนี้จึงได้ประยุกต์ใช้ แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)[8] ร่วมกับ แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) [9] มาเป็นทฤษฎีฐานในการออกแบบโปรแกรม โดยมุ่งเน้นให้บุคคลเกิดการรับรู้ความเสี่ยงและผลกระทบของโรคอ้วน นำไปสู่การพัฒนาความรอบรู้ด้านโภชนาการผ่านเครื่องมือที่จับต้องได้ และการส่งเสริมความยึดมั่นในการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมเกิดความตระหนักและสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่ผ่านมา มีงานวิจัยหลายชิ้นศึกษาถึงประสิทธิภาพของการออกกำลังกายและการควบคุมอาหารในการลดน้ำหนัก เช่น โปรแกรมการใช้อาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกาย[10] หรือการเปรียบเทียบการออกกำลังกายแบบแอโรบิก[11] อย่างไรก็ตาม ยังคงมีช่องว่างขององค์ความรู้ (Research Gap) ในบริบทของการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรวัยทำงาน โดยเฉพาะการบูรณาการใช้ "นวัตกรรมไม้บรรทัดนับหน่วยคาร์โบไฮเดรต" ซึ่งเป็นนวัตกรรมใหม่ที่ช่วยลดความซับซ้อนในการคำนวณสัดส่วนอาหาร เข้ากับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตนเองที่สามารถปรับให้เข้ากับวิถีชีวิต ควบคู่ไปกับการกำกับติดตามและกระตุ้นเตือนผ่านระบบ Line Group ซึ่งรูปแบบโปรแกรมแบบผสมผสานในลักษณะนี้ยังไม่มีการศึกษาที่แพร่หลายมากนัก[12]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการใช้ไม้บรรทัดนับหน่วยคาร์โบไฮเดรตร่วมกับการออกกำลังกายด้วยตนเอง ต่อค่าดัชนีมวลกายและเปอร์เซ็นต์ไขมันของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากรวัยทำงานอย่างยั่งยืน

สอดรับกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)[13] เป้าหมายที่ 3 สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการใช้ไม้บรรทัดนับหน่วยคาร์โบไฮเดรต ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยตนเองต่อค่าดัชนีมวลกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบ ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย น้ำหนักตัว เส้นรอบเอว และ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2) เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้เรื่องการนับหน่วยคาร์โบไฮเดรต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

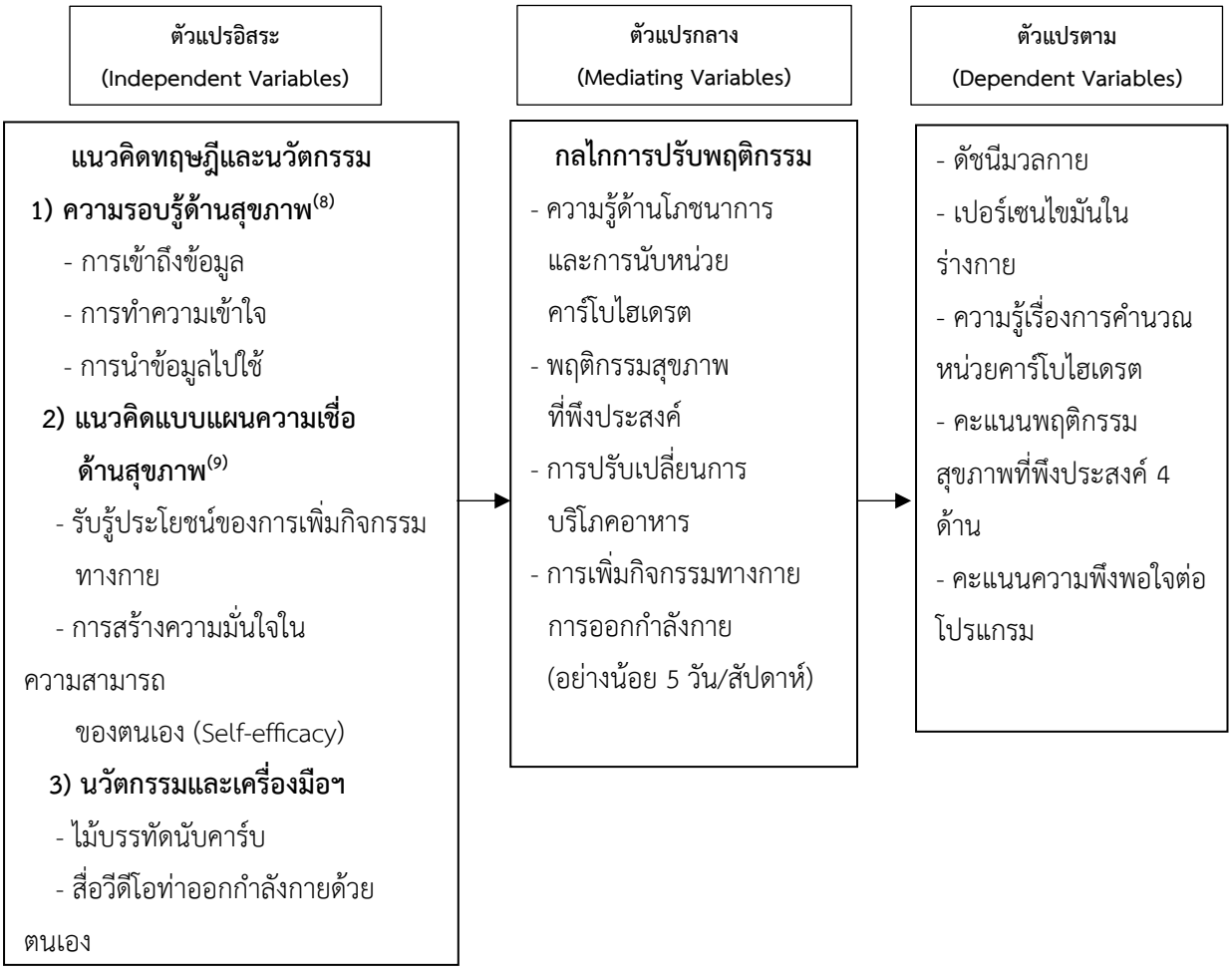
3) เพื่อเปรียบเทียบ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 4 ด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

4) เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง ประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการเข้าถึงเข้าใจข้อมูลภาวะสุขภาพของตนเอง การนำข้อมูลไปปรับใช้ ร่วมกับใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการใช้นวัตกรรม ไม้บรรทัดนับคาร์บ สื่อวีดีโอการออกกำลังกายด้วยตนเอง และการเสริมพลัง พร้อมกำกับติดตามทางไลน์กลุ่ม ดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ในช่วงเดือน กรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2568 โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จำนวน 30 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1[14] สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยการทดสอบสถิติที (Pair T-test) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ที่ระดับ 80% กำหนดค่าความผิดพลาดที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ของประชากรที่ระดับ 0.73 [15] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 23 คน กำหนดเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่อาจจะสูญหายไป drop out 10%[16] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากจากผู้ที่สมัครเข้าร่วมโครงการ 36 คน ที่เป็นผู้ผ่านเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 30 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี

2. มีภาวะน้ำหนักเกินโดยมีค่าดัชนีมวลกายผิดปกติ (BMI > 23 กก./ม.^{2})

3. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม ครบตามระยะเวลาที่กำหนดในโครงการวิจัย 8 สัปดาห์

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการใช้ไม้บรรทัดนับหน่วยคาร์โบไฮเดรต ร่วมกับออกกำลังกายด้วยตนเอง ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 8 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การประเมินตนเองและการสร้างความตระหนัก กิจกรรม ดังนี้

1) ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการ และจัดตั้งกลุ่ม Line (Line Group)

2) ประเมินภาวะโภชนาการ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณ BMI วัดรอบเอว วิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ความรู้การนับหน่วยคาร์โบไฮเดรตก่อนเข้าร่วมโครงการ

3) กิจกรรม "รู้จักร่างกายตนเอง" บรรยายผลการวิเคราะห์ Inbody เพื่อให้เกิดการรับรู้ความเสี่ยงของโรคอ้วน พร้อมค้นหาเป้าหมายและสร้างแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก

4) อบรมเชิงปฏิบัติการหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร พร้อมฝึกปฏิบัติการใช้นวัตกรรม "ไม้บรรทัดนับหน่วยคาร์โบไฮเดรต" เพื่อช่วยคำนวณสัดส่วนอาหารที่ควรรับประทาน

5) สาธิตและฝึกปฏิบัติท่าออกกำลังกายด้วยตนเอง (8 ท่า) เพื่อสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเอง โดยกำหนดเป้าหมายออกกำลังกายอย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์ ครั้งละ 45 นาทีขึ้นไปพร้อมแนะนำการใช้งาน Application "ก้าวท้าใจ" เพื่อบันทึกและส่งผลการออกกำลังกาย รายวัน

สัปดาห์ที่ 2 - 7 การนำไปปฏิบัติจริงและการกำกับติดตาม และกระตุ้นเตือนผ่าน Line Group พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่งผลการออกกำลังกายและภาพถ่ายมื้ออาหาร

สัปดาห์ที่ 8 การประเมินผลลัพธ์และการเสริมแรง (Evaluation & Reinforcement) กิจกรรมดังนี้

1) ประเมินภาวะโภชนาการ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณ BMI วัดรอบเอว วิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ความรู้การนับหน่วยคาร์โบไฮเดรต และความพึงพอใจ หลังเข้าร่วม

2) ประชุมสรุปผลการดำเนินโครงการ คืนข้อมูลสุขภาพรายบุคคลให้ผู้เข้าร่วมรับทราบการเปลี่ยนแปลง

3) มอบรางวัลเพื่อสร้างแรงจูงใจ สำหรับผู้ที่สามารถลดน้ำหนัก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบรรลุเป้าหมายได้ตามเกณฑ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และจากการศึกษาแนวทางในการเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงานปี พ.ศ.2567[17] ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พร้อมแบบบันทึกภาวะสุขภาพฯ 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากร ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2568 แนวคำถาม 4 ด้าน 1) ด้านกิจกรรมทางกาย 3 ข้อ 2) ด้านการบริโภคอาหาร 3 ข้อ 3) ด้านสุขภาพช่องปาก 2 ข้อ และ 4) ด้านการนอนหลับ 1 ข้อ รวม 9 ข้อ ทั้งหมดคิดรวมเป็น 45 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 3 ระดับคือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้การนับหน่วยคาร์โบไฮเดรต จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมีตัวเลือกให้ตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ 3 ตัวเลือก แบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ตามเกณฑ์ของ Bloom[18]

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการความพึงพอใจ จำนวน 13 ข้อ ใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบส (Best)[19] คือ ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 = พึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 = พึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 = พึงพอใจปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 = พึงพอใจน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 = พึงพอใจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกการบริโภคอาหารและกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยตัวเอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 5 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบและปรับปรุงคุณภาพ โดยใช้แบบการตรวจสอบความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญ (IOC: index of item objective congruence) หรือดัชนีความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า IOC รวม 0.95 ภายหลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้นำเครื่องมือส่วนที่ 1 - 4 ไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐ ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำผลการตอบแบบสอบถามที่ได้ หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้วิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (KR-

20) ในแบบสอบถามส่วนที่ 3 ได้เท่ากับ 0.80 และการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient)ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 4 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่า 0.89 และ 0.92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 136 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics Version 29.0.2.0 (20) วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ข้อมูลทั่วไป และคะแนนความ พึงพอใจต่อโปรแกรม วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบ ใช้ Wilcoxon Signed Ranks test ในกลุ่มตัวแปรต่อเนื่องที่ภายหลัง Test normality แล้วพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ได้แก่ BMI น้ำหนัก รอบเอว ความรู้เรื่องการนับคาร์บฯ และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ใช้สถิติ Paired Samples t-test ในกลุ่มตัวแปรต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกติ ได้แก่ เปอร์เซนต์ไขมัน ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.70 มีอายุเฉลี่ย 43.40 ปี (S.D.=10.19, Min=23, Max=59) ส่วนสูงเฉลี่ย 159.83 เซนติเมตร (S.D. = 7.63) ภาวะสุขภาพไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.67 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 23.33 โรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10 โรคเบาหวาน ร้อยละ 6.66 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 6.66 หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์ด้านองค์ประกอบร่างกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีดัชนีมวลกายลดลงจาก 28.51 กก./ม² เป็น 27.98 กก./ม² เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ BMI พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อน ($z = -3.90$, $p < 0.001$) น้ำหนักตัวเฉลี่ยลดลงจาก 73.33 กิโลกรัม เป็น 72.07 กิโลกรัม น้ำหนักตัวเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อน ($z = -4.345$, $p < 0.001$) เส้นรอบเอวลดลงจาก 89.67 เซนติเมตร เป็น 88.17 เซนติเมตร เส้นรอบเอวเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อน ($z = -3.540$, $p < 0.001$) เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการนับคาร์บ ฯ พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเพิ่มขึ้น ($z = -4.660$, $p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนัก เส้นรอบเอว ความรู้เรื่องการนับคาร์บฯ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=30)

ตัวแปร	หลังน้อยกว่าก่อน	หลังมากกว่าก่อน	เท่าเดิม	Mean Rank (Positive)	Z	p-value
BMI	22	3	5	13.98	-3.906	< 0.001*
น้ำหนัก	24	2	4	14.44	-4.345	< 0.001*

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนัก เส้นรอบเอว ความรู้เรื่องการนับคาร์บฯ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=30) (ต่อ)

ตัวแปร	หลังน้อยกว่าก่อน	หลังมากกว่าก่อน	เท่าเดิม	Mean Rank (Positive)	Z	p-value
เส้นรอบเอว	16	0	14	8.50	-3.540	< 0.001*
ความรู้เรื่องการนับคาร์บฯ	0	28	2	14.50	-4.660	<0.001*

* Wilcoxon Signed Ranks Test ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยของเปอร์เซนต์ไขมัน เท่ากับ 38.46 (SD=7.92) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยของเปอร์เซนต์ไขมัน เท่ากับ 37.45 (SD=8.17) ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนน (t=5.279, p <0.001) ช่วงความเชื่อมั่น 95%CI : 0.61 ถึง 1.39 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ไขมัน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง ($\overline{X}$)	หลังทดลอง ($\overline{X}$)	Mean Difference	t	95%CI	p-value
เปอร์เซ็นต์ไขมัน	38.46$\pm$7.92	37.453$\pm$8.17	13.98	5.279	0.61-1.39	< 0.001*

* Paired Samples t-test ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 1.80 คะแนน เป็น 3.50 คะแนน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ ด้านการบริโภคอาหาร (Z=-4.633, p-value <0.001) รองลงมาคือ ด้านกิจกรรมทางกาย (Z=-4.503, p-value <0.001) ด้านสุขภาพช่องปาก (Z=-3.630, p-value <0.001) และด้านการนอนหลับ (Z=-1.895, p-value 0.059) ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ภาพรวมและรายด้านมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 4 ด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=30)

ตัวแปร	หลังน้อยกว่าก่อน	หลังมากกว่าก่อน	เท่าเดิม	Mean Rank	Z	p-value
กิจกรรมทางกาย	1	26	3	14.44	-4.503	<0.001*

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 4 ด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=30) (ต่อ)

ตัวแปร	หลังน้อยกว่าก่อน	หลังมากกว่าก่อน	เท่าเดิม	Mean Rank	Z	p-value
การบริโภคอาหาร	0	28	2	14.50	-4.633	<0.001*
สุขภาพช่องปาก	0	16	14	8.50	-3.630	<0.001*
การนอนหลับ	0	4	25	2.50	-1.895	0.059
รวมพฤติกรรมสุขภาพ	0	30	0	15.50	-4.782	<0.001*

* Wilcoxon Signed Ranks test ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิเคราะห์ภาพรวมความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ อยู่ในระดับมากที่สุด และผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจรายข้ออยู่ในระดับมากขึ้นไป ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ (n=30)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)	ระดับความพึงพอใจ
1. ความเหมาะสมของโปรแกรมฯ	4.67	0.55	มากที่สุด
2. ระดับความยากง่ายของโปรแกรมฯ	4.53	0.57	มากที่สุด
3. ความเหมาะสมของสถานที่และอุปกรณ์	4.43	0.63	มาก
4. ความเหมาะสมของเวลาในการโปรแกรมฯ	4.47	0.57	มาก
5. การให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร	4.73	0.45	มากที่สุด
6. การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย	4.67	0.48	มากที่สุด
7. การให้ความรู้เรื่องการใช้แอปพลิเคชันฯ	4.43	0.63	มาก
8. มีผลลัพธ์สุขภาพที่คาดหวังหรือไม่	4.47	0.57	มาก
9. โปรแกรมฯ เป็นประโยชน์และนำไปใช้ได้จริง	4.63	0.56	มากที่สุด
10. นำโปรแกรมฯไปใช้และบอกต่อผู้อื่น	4.63	0.47	มากที่สุด
11. โปรแกรมฯ นี้ สามารถใช้ในหน่วยงานได้	4.70	0.57	มากที่สุด
12. ความง่ายของโปรแกรมฯ	4.47	0.43	มาก

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ (n=30) (ต่อ)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)	ระดับความพึงพอใจ
13. ภาพรวมท่านมีความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ฯ	4.77	0.56	มากที่สุด
รวม	4.58	0.473	มากที่สุด

ค่าเฉลี่ยรวมทุกด้าน = 4.58 อยู่ในระดับ “มากที่สุด”

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการใช้ไม้บรรทัดนับหน่วยคาร์โบไฮเดรต ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยตนเอง ต่อค่าดัชนีมวลกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่ดีขึ้นในทุกมิติ โดยมีค่าดัชนีมวลกายลดลงจาก 28.51 กก./ม.^{2} เป็น 27.98 กก./ม.^{2} และเปอร์เซ็นต์ไขมันลดลงร้อยละ 1.00 และเส้นรอบเอวลดลงเฉลี่ยถึง 1.50 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ดังกล่าว อธิบายด้วยกลไกทางสรีรวิทยา 3 ประการ คือ 1) การจำกัดปริมาณ คาร์โบไฮเดรตด้วยไม้บรรทัดนับคาร์บทำให้เกิดภาวะพลังงานติดลบส่งผลให้ร่างกายเพิ่มการสลายไตรกลีเซอไรด์ จากเนื้อเยื่อไขมันและกดระดับอินซูลิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนยับยั้งการสลายไขมัน 2) การออกกำลังกายแบบผสมผสานเป็นการกระตุ้นการดูดซึมกลูโคสผ่านตัวขนส่ง GLUT-4 โดยไม่ต้องอาศัย อินซูลิน ช่วยรักษามวลกล้ามเนื้อ ขณะที่ลดมวลไขมัน ส่งผลให้อัตราการเผาผลาญพื้นฐานคงที่ และ 3) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอกระตุ้นการหลั่ง Adiponectin ซึ่งเพิ่ม Insulin Sensitivity และลดการอักเสบเรื้อรัง ระดับต่ำที่เป็นพยาธิสรีรวิทยาหลักของโรค NCDs ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Donnelly et al.[20] ซึ่งระบุว่าการออกกำลังกายความถี่ 3 – 5 ครั้ง/สัปดาห์ นาน 150–250 นาที/สัปดาห์ ส่งผลให้น้ำหนักตัว และไขมัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้อง กับงานวิจัยของชัญญานุช ปานนิล และคณะ[12] ที่รายงานว่าการใช้ไม้บรรทัดนับคาร์บช่วยให้ กลุ่มเป้าหมายจัดการด้านโภชนาการ ได้ด้วยตนเอง อย่างมี ประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการลดไขมัน ในช่องท้องซึ่งสัมพันธ์กับการลดลงของเส้นรอบเอว ในการศึกษาครั้งนี้

2. ด้านความรอบรู้ด้านโภชนาการเรื่องการนับหน่วยคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้นจาก 7.23 เป็น 9.60 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับคะแนนความรู้เรื่องการนับคาร์โบไฮเดรตที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.660$, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการและเพิ่มความสามารถในการเลือกบริโภคอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการศึกษาของ อัยยา โสภาค และคณะ[10] และ การศึกษาของ พิมพ์รภัชแห่งทองหลางและคณะ[21] ที่พบ ว่าโปรแกรมฯ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นการควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย สามารถลดน้ำหนักและดัชนีมวลกายในบุคลากรสาธารณสุขได้

3. ภายหลังเข้าร่วมโครงการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์รวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ระดับ (z = -4.782, p <0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านที่มีการพัฒนาสูงที่สุด คือ ด้านการบริโภคอาหาร มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (Z=-4.633, p-value <0.001) ซึ่งการบริโภคถือเป็นปัจจัยพื้นฐานในการควบคุมน้ำหนักตัวระยะยาว ลองลงมาคือ ด้านกิจกรรมทางกายมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (Z=-4.503, p-value <0.001) การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมทางกายเพิ่มขึ้น (ออกกำลังกายอย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์) เป็นผลมาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในทุกขั้นตอนของโปรแกรม เริ่มต้นจากการให้ข้อมูลสะท้อนกลับจากเครื่อง Inbody ในสัปดาห์แรก ซึ่งทำหน้าที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคอ้วน จากนั้น การสอนท่าออกกำลังกายด้วยตนเอง 8 ท่าที่ทำได้ง่ายโดยใช้สื่อวิดีโอ และใช้เวลาเพียง 45 นาที ช่วยลดการรับรู้อุปสรรคและเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ยังช่วยทลายข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ปฏิบัติงาน ของบุคลากรส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ และคณะ[22] อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการนอนหลับไม่เปลี่ยนแปลง อาจเนื่องจากปัจจัยด้านภาระงาน ความเครียด และสภาพแวดล้อมการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยที่โปรแกรมฯ ไม่สามารถควบคุมได้โดยตรง

โปรแกรมฯ นี้ ยังมีการใช้ Line Group ในการติดตามผลรายสัปดาห์ ทำหน้าที่เป็นแรงเสริมทางสังคมที่ช่วยคงระดับแรงจูงใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความยึดมั่น ในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องตลอด 8 สัปดาห์ ส่งผลให้เกิดการเผาผลาญไขมันสะสมและรักษามวลกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นกลไกที่ส่งผลให้เส้นรอบเอวและเปอร์เซ็นต์ไขมันจึงลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์รภัช แท่งทองหลาง และคณะ[21] พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กิจกรรมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ร่วมกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการมีภาวะน้ำหนักเกินในบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดนครพนมได้

4. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.58, S.D=0.473) การวิเคราะห์ความพึงพอใจรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ภาพรวมท่านมีความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ฯ ($\bar{X}$ = 4.58, S.D=0.473) การให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ($\bar{X}$ = 4.73, S.D=0.45) สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้เรื่องการนับคาร์บฯ ของผู้เข้าร่วมโครงการ และยังมีความเห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้ ($\bar{X}$ = 4.70, S.D=0.57) สอดคล้องกับนโยบายการสร้างองค์กรแห่งความสุข(17) ของกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัยที่เน้นว่าโปรแกรมสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพต้องได้รับความพึงพอใจ และการยอมรับจากบุคลากรในระดับสูง เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพภายในหน่วยงาน ซึ่งความพึงพอใจในระดับ มากที่สุดนี้

เป็นตัวบ่งชี้สำคัญ ถึงความสำเร็จของโปรแกรมฯ ที่ตรงตามความต้องการของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการใช้ไม้บรรทัดนับคาร์บร่วมกับการออกกำลังกายนี้ สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรซึ่งเป็นกลุ่มวัยแรงงานในวงกว้างต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

1) การออกแบบวิจัยเป็นแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง ทำให้ไม่สามารถแยกได้อย่างชัดเจนว่า การเปลี่ยนแปลง ที่พบเกิดจากโปรแกรมฯ หรือจากปัจจัยภายนอกอื่น การวิจัยในอนาคตควรใช้ รูปแบบ Randomized Controlled Trial หรือ Two-Group Quasi-Experimental Design เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยยิ่งขึ้น

2) ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและมาจากหน่วยงานเดียว มีข้อจำกัดด้าน External Validity ในการอ้างอิงผลไปยังบุคลากรสาธารณสุขในบริบทอื่น

ข้อเสนอแนะ

1) หน่วยงานควรสนับสนุนโปรแกรมฯ และนวัตกรรมไม้บรรทัดนับหน่วยคาร์โบไฮเดรตร่วมกับการออกกำลังกาย ใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในองค์กร และขยายผลการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในหน่วยงานต่าง ๆ ในเขตสุขภาพที่ 7

2) ควรมีการติดตามผลในระยะยาว 3 - 6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ และอาจขยายผลการศึกษาไปยังกลุ่มวัยทำงานอื่นๆ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินในบริบทที่หลากหลายขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการใช้ไม้บรรทัดนับหน่วยคาร์โบไฮเดรต ร่วมกับออกกำลังกายด้วยตนเอง ต่อค่าดัชนีมวลกายและเปอร์เซ็นต์ไขมัน ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน” สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่ได้อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยและสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ตลอดจนเพื่อนร่วมงานกลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานทุกท่านที่ให้กำลังใจและอำนวยความสะดวก ในการดำเนินการตามโปรแกรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณกลุ่มอาสาสมัคร ทั้ง 30 ท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ จนทำให้งานวิจัยนี้ได้รับผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจและเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ในระดับองค์กร ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมุ่งสู่การเป็นองค์กรแห่งสุขภาพดี อย่างยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคอ้วนคนไทยวัยทำงาน. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก : https://co-creation.thaihealth.or.th/media/3672/สถานการณ์โรคอ้วนคนไทยวัยทำงาน
2. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Health in

all public policies for the prevention and control of NCDs: Thailand [อินเตอร์เน็ต]. 2022 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก : https://www.who.int/thailand/our-work/NCDs

3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). Thai Health 2024. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 8 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก : https://www.thaihealth.or.th/?p=369827
4. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรไทย พ.ศ. 2567. นนทบุรี: กองโภชนาการ; 2567.
5. Health Data Center. ระบบข้อมูลสุขภาพ [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 10 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก : https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog/ 46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c
6. Thompson A, et al. Workplace physical activity interventions**.** Sports Med. 2024;54(4):450-65.
7. American College of Sports Medicine. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2024.
8. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259-67.
9. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. Health Educ Monogr. 1974;2(4):354-86.
10. อัยยา โสภาค, อัจฉรา ค้ามะทิตย์ และคณะ. ผลของโปรแกรมการใช้อาหารคลีนร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก และค่าดัชนีมวลกายในบุคลากรโรงพยาบาล อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. วารสารเทคโนโลยีนวัตกรรม. 2566;9(3):120-35.
11. ภณิดา หยั่งถึง. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินในบุคลากรโรงพยาบาล. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(4):550-62.
12. ชัญญานุช ปานนิล, ชาตรี เมธาธราธิป และคณะ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยการนับหน่วยคาร์โบไฮเดรตด้วยไม้บรรทัดนับคาร์บ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2568;17(3):216-30.
13. United Nations. Sustainable development goals. New York: UN Publishing; 2015.
14. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A.G Power:A flexible statistical power analysis program for the social, Behave Res Methods.2007;39(2):175-91.
15. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates;1988.

16.Jirawatkul A. Health science statistics for research. Bangkok: Wittayapat; 2015
17.กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย. นโยบายการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace). นนทบุรี: กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ; 2567
18. Bloom S. Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill; 1976.
19.Best JW, editor. Research in education. New Jersey: Prentice-Hall;1997.
20.Donnelly, J.E., et al. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. Medicine & Science in Sports & Exercise, 2009;41(2):459–71.
21.พิมพ์รภัช แท่งทองหลาง และคณะ.ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา 2568;31(3):32-48
22.สมใจ และคณะ. ประสิทธิผลของการใช้สื่อวิดีโอในการออกกำลังกายที่บ้าน. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬา. 2566;14(2):77-92.

ปัจจัยเชิงพยากรณ์ของสมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น

ชนาพร ปิ่นสุวรรณ[1],จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร[2*],กุลธรา จงตระการสมบัติ[3]

(วันที่รับบทความ: 4 มีนาคม 2569, วันที่แก้ไข: 8 เมษายน 2569, วันที่ตอบรับ: 27 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพยากรณ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงพยากรณ์ของสมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 132 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหาร ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และสมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.99 และทดสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในส่วนที่ 2, 3 และ 4 เท่ากับ 0.88, 0.89 และ 0.83 ตามลำดับ เก็บข้อมูลผ่าน Google Forms ระหว่างวันที่ 1–28 ตุลาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.12, S.D. = 0.52) การเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับสมรรถนะด้านดิจิทัลมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r = 0.223$, $p = 0.012$) ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูง ($r = 0.777$, $p < 0.001$) และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($r = 0.577$, $p < 0.001$) ตัวแปรที่สามารถร่วมพยากรณ์สมรรถนะด้านดิจิทัล ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา ด้านวัสดุอุปกรณ์ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และด้านการสร้างแรงบันดาลใจ โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 74.7 ($R^2 = 0.747$) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าปัจจัยทางการบริหารและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล ดังนั้น องค์กรควรให้ความสำคัญกับการจัดสรรทรัพยากรและการพัฒนาภาวะผู้นำเพื่อรองรับการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพดิจิทัล

คำสำคัญ: สมรรถนะด้านดิจิทัล, ปัจจัยทางการบริหาร, ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง, ผู้บริหารทางการพยาบาล, โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย

---

[1]นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล, [2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์, [3]พยาบาลวิชาชีพ
[1,2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, [3]ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
*Corresponding author: จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร e-mail: jonsri@kku.ac.th

Predictors of Digital Competencies among Nursing Administrators in University Hospitals, Khon Kaen, Thailand

Chanaporn Pinsuwan[1],Jitpinan Srijakkot[2*],Kulthara Chongtrakarnsombut[3]

(Received: 4th March 2026, Revised: 8th April 2026, Accepted: 27th April 2026)

Abstract

This predictive research aimed to examine the predictive factors of digital competencies among nursing administrators in university hospitals in Khon Kaen Province. The sample consisted of nursing administrators working in university hospitals in Khon Kaen Province. The calculated sample size was 132 participants. The research instrument was a four-part questionnaire comprising personal factors, administrative factors, transformational leadership, and digital competencies of nursing administrators. Content validity was examined by five experts, yielding a content validity index (CVI) of 0.99. Reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, with values for Parts 2, 3, and 4 of 0.88, 0.89, and 0.83, respectively. Data were collected through an online questionnaire via Google Forms between October 1 and 28, 2025. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

The findings revealed that the overall digital competencies of nursing administrators were at a high level (Mean = 4.12, S.D. = 0.52). Having received training related to digital competencies had a low correlation with digital competencies ($r = 0.223$, $p = 0.012$). Administrative factors had a high correlation with digital competencies ($r = 0.777$, $p < 0.001$), while transformational leadership had a moderate correlation with digital competencies ($r = 0.577$, $p < 0.001$). The variables that jointly predicted digital competencies were administrative factors in terms of time and materials, and transformational leadership in terms of idealized influence, individualized consideration, and inspirational motivation. These variables together explained 74.7% of the variance in digital competencies ($R^2 = 0.747$). The findings suggest that administrative factors and transformational leadership play a crucial role in enhancing digital competencies among nursing administrators. Therefore, healthcare organizations should prioritize resource allocation and leadership development to support digital transformation.

Keywords: Digital competency, Administrative factor, Transformational leadership, Nursing administrator, University hospital

[1]Master of Nursing Science (Nursing Administration) Student, [2]Assistant Professor, [3]Registered Nurse

[1,2]Faculty of Nursing, Khon Kaen University, [3]Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

*Corresponding author: Jitpinan Srijakkot e-mail: jonsri@kku.ac.th

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพทั่วโลกกำลังเปลี่ยนผ่านอย่างรวดเร็วภายใต้อิทธิพลของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีดิจิทัล โดยเฉพาะหลังการระบาดของโรค COVID-19 ที่ทำให้การให้บริการสุขภาพทางไกล (Telehealth/Telemedicine) ถูกเร่งนำมาใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดการเดินทาง และลดความเสี่ยงจากการสัมผัสใกล้ชิดระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ[1] ขณะเดียวกัน เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลรูปแบบใหม่ เช่น การใช้ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ร่วมกับปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) และแนวคิด Digital Twin ได้เข้ามามีบทบาทในการยกระดับความแม่นยำของการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และการตัดสินใจเชิงคลินิกมากขึ้น ส่งผลให้ระบบสุขภาพมีแนวโน้มพัฒนาไปสู่การดูแลแบบเชิงรุกและขับเคลื่อนด้วยข้อมูล (Data-driven healthcare) มากยิ่งขึ้น[2] ควบคู่กันนั้น ตลาดสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Market) ก็มีการเติบโตอย่างมีนัยสำคัญจากแรงขับของเทคโนโลยี การเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย และความต้องการบริการที่สะดวก ปลอดภัย และเฉพาะบุคคลมากขึ้น โดยกลุ่มบริการ Telehealth และ Remote Monitoring มีแนวโน้มขยายตัวสูงจากบทเรียนช่วงการระบาดใหญ่ รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ (Health analytics) ที่ใช้ Big Data และ AI เพื่อช่วยคาดการณ์ความเสี่ยงและปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม [2-3] อย่างไรก็ตาม การเติบโตดังกล่าวยังเผชิญข้อจำกัดสำคัญ เช่น ความไม่เสมอภาคด้านการเข้าถึงเทคโนโลยี ความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐาน และความเสี่ยงด้านความปลอดภัยข้อมูล ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องอาศัยการบริหารจัดการเชิงระบบและธรรมาภิบาลข้อมูลที่เข้มแข็ง[4-5]

สำหรับประเทศไทย การพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลถูกกำหนดเป็นทิศทางสำคัญเพื่อยกระดับคุณภาพบริการและลดความเหลื่อมล้ำ อย่างไรก็ดี รายงานในประเทศสะท้อนความท้าทายหลายด้าน ได้แก่ การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการที่ยังไม่สมบูรณ์ โครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลที่ไม่เท่าเทียม ความกังวลด้านความมั่นคงปลอดภัยข้อมูล และช่องว่างทักษะดิจิทัลของบุคลากรสุขภาพ[6-8] ประเด็นดังกล่าวเชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะ SDG 3 และ SDG 9 รวมถึงยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข และแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 ที่มุ่งเพิ่มขีดความสามารถด้านเทคโนโลยีและสมรรถนะบุคลากร เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพยุคใหม่[9-11]

ภายใต้บริบทดังกล่าว “สมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล” จึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนผ่านดิจิทัลขององค์กรพยาบาล เนื่องจากผู้บริหารมีบทบาทในการใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีเพื่อการวางแผน กำกับคุณภาพ ตัดสินใจเชิงนโยบาย และบริหารทรัพยากรในระบบบริการที่ซับซ้อน โดยสมรรถนะดังกล่าวครอบคลุมความสามารถในการเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัล[12] แม้โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยในประเทศไทย โดยเฉพาะจังหวัดขอนแก่น จะมีการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการบริหาร

อย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบข้อจำกัดในการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์จริงในระดับผู้บริหาร ซึ่งสะท้อนช่องว่างระหว่าง “ความพร้อมของระบบ” กับ “สมรรถนะของผู้ใช้งาน” การพัฒนาสมรรถนะดังกล่าวจึงจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนภายในองค์กร โดยเฉพาะปัจจัยทางการบริหารตามกรอบ 4M+2T[13] และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง[14] ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างวิสัยทัศน์ การลดแรงต้าน และการส่งเสริมการเรียนรู้และนวัตกรรมในทีม ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างจำกัดเกี่ยวกับปัจจัยเชิงพยากรณ์ของสมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลในบริบทโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย โดยเฉพาะในพื้นที่ระดับภูมิภาคของประเทศไทย ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญทั้งเชิงวิชาการและเชิงนโยบาย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางพัฒนาศักยภาพผู้บริหาร การวางแผนจัดสรรทรัพยากร และการยกระดับองค์กรพยาบาลสู่ระบบสุขภาพดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะด้านดิจิทัล ระดับปัจจัยทางการบริหารและระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น

2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหารและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง กับสมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น

3) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหารและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่สามารถพยากรณ์สมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น

คำถามการวิจัย

1) สมรรถนะด้านดิจิทัล ปัจจัยทางการบริหารและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับใด

2) ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหารและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น หรือไม่ อย่างไร

3) ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหารและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถพยากรณ์สมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น ได้หรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหารและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น

2) ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหารและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถพยากรณ์สมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่นได้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหาร และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่สามารถพยากรณ์สมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น โดยกำหนดตัวแปรตามเป็นสมรรถนะด้านดิจิทัล 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าใจดิจิทัล การใช้ดิจิทัล การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล และการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล ส่วนตัวแปรอิสระประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล 6 ด้าน ปัจจัยทางการบริหาร 6 ด้าน และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง 4 ด้าน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น จำนวน 152 คน และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1–28 ตุลาคม พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยเชิงพยากรณ์ของสมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย โดยมีตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย 1) ตัวแปรตาม คือ สมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล ประยุกต์ใช้กรอบสมรรถนะด้านดิจิทัลของสำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ[12] ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าใจดิจิทัล การใช้ดิจิทัล การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล และการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล และ 2) ตัวแปรอิสระประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Schermerhorn et al.[15] ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล และการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับสมรรถนะด้านดิจิทัล (2) ปัจจัยทางการบริหาร ประยุกต์ใช้แนวคิดของประจักร บัวผัน[13] ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการ เวลาและเทคโนโลยี และ (3) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Bass & Riggio[14] ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญาและการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น จำนวน 152 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาลจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 122 คน และศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 30 คน[16-17]

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงเกณฑ์ของ Green[18] สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้น ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 120 คน ทั้งนี้ เพื่อรองรับอัตราการไม่ตอบกลับ ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายเท่ากับ 132 คน

ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นอย่างเป็นสัดส่วน โดยกำหนดชั้นตามโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์และศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 106 และ 26 คน ตามลำดับ จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายภายในแต่ละชั้นด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับที่ดำรงตำแหน่งในช่วงเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล (1–28 ตุลาคม พ.ศ. 2568) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ หรือศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ อยู่ระหว่างลาพักผ่อน ลาป่วย หรือลาศึกษาต่อในช่วงเวลาเก็บข้อมูล และ/หรือไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดให้มีความสอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวที่ศึกษาตามกรอบแนวคิดในการวิจัย แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน รวมทั้งหมด 76 ข้อคำถาม มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่1 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถาม เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารทางการพยาบาล ประกอบด้วยคำถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Schermerhorn et al.[15] ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล และการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับสมรรถนะด้านดิจิทัล

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางการบริหาร เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหารของผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 30 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของประจักร บัวผัน[13] ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการ เวลา และเทคโนโลยี ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ได้แก่ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด ซึ่งมีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตาม Likert[19] และเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยตามแนวทางของสำเริง จันทร์สุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน[20] โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 4.50–5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50–4.49 หมายถึงระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.50–3.49 หมายถึงระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50–2.49 หมายถึงระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00–1.49 หมายถึงระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 20 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Bass & Riggio[14] ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญา และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ และมีระดับการวัดเป็นช่วง

สเกล โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลเช่นเดียวกับส่วนที่ 2

ส่วนที่4 สมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะด้านดิจิทัล ซึ่งเป็นตัวแปรตามของการวิจัย จำนวน 20 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดจากสำนักงานคณะ กรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ[12] ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าใจดิจิทัล การใช้ดิจิทัล การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล และการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ และมีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลเช่นเดียวกับส่วนที่ 2 และ 3

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ด้านสารสนเทศทางการพยาบาลและการบริหารทางการพยาบาล แล้วคำนวณค่า I-CVI และ S-CVI ผลพบว่า แบบสอบถามส่วนที่ 1 มีค่า S-CVI/UA เท่ากับ 0.86 และ S-CVI/Ave เท่ากับ 0.97 ส่วนที่ 2–4 ทุกข้อมีค่า I-CVI, S-CVI/UA และ S-CVI/Ave เท่ากับ 1.00 โดยค่า CVI รวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.99

2) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) หลังจากปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน ณ โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จากนั้นวิเคราะห์ค่า Item–Total Correlation ซึ่งพบว่าทุกข้ออยู่ในช่วง 0.20–0.80 และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 มีค่าเท่ากับ 0.88, 0.89 และ 0.83 ตามลำดับ และทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลการวิจัยและสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวได้โดยสมัครใจ โดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ การตอบแบบสอบถามถือเป็นการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ และนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ครั้งที่ 36/2568 ลงวันที่ 28 สิงหาคม 2568 รหัสโครงการ HE681523

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google Forms ส่งลิงก์ให้ผู้ประสานงานของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการตอบ และกำหนดระยะเวลา 14 วัน เมื่อครบกำหนดได้ตรวจสอบความครบถ้วนและติดตามเพิ่มเติม โดยได้รับแบบสอบถามสมบูรณ์ 126 ฉบับ จากกลุ่มตัวอย่าง 132 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 95.45

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล รวมถึงใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายระดับของปัจจัย

2) สถิติเชิงอนุมาน ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยทางการบริหารและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับสมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล โดยแปลความหมายค่าความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ของ Elifson et al.[21] และใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์อำนาจการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระที่สามารถพยากรณ์สมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.0 มีอายุเฉลี่ย 46.96 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41–50 ปี และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 62.7 มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 24.02 ปี และมีประสบการณ์ดำรงตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลเฉลี่ย 6.35 ปี นอกจากนี้ ร้อยละ 73.0 เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับสมรรถนะด้านดิจิทัล ส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรม 1 ครั้ง

2) ระดับสมรรถนะด้านดิจิทัล ระดับปัจจัยทางการบริหารและระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง พบว่า สมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.12, S.D. = 0.52) โดยด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านการเข้าใจดิจิทัล ด้านการใช้ดิจิทัล และด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล ตามลำดับ สำหรับปัจจัยทางการบริหารโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.00, S.D. = 0.48) โดยด้านการบริหารจัดการและด้านวัสดุอุปกรณ์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านเทคโนโลยี และด้านเวลา ตามลำดับ ขณะที่ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.54, S.D. = 0.36) โดยด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ และด้านการกระตุ้นทางปัญญา ตามลำดับ

3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหารและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับสมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล พบว่า การเคยได้รับการฝึกอบรมด้านสมรรถนะดิจิทัลมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับสมรรถนะด้านดิจิทัลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.223$, $p = 0.012$) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับปัจจัยทางการบริหารโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงกับสมรรถนะด้านดิจิทัล ($r = 0.777$, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านเวลามีค่าสหสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.614$, $p < 0.001$) รองลงมาคือ ด้านเทคโนโลยี ($r = 0.555$, $p < 0.001$) ด้านวัสดุ

อุปกรณ์และด้านการบริหารจัดการ ซึ่งมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากัน (r = 0.546, p < 0.001) ด้านงบประมาณ (r = 0.490, p < 0.001) และด้านบุคลากร (r = 0.487, p < 0.001) ตามลำดับ ขณะที่ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับสมรรถนะด้านดิจิทัล (r = 0.577, p < 0.001) โดยด้านการสร้างแรงบันดาลใจและด้านการกระตุ้นทางปัญญามีค่าสหสัมพันธ์สูงสุดเท่ากัน (r = 0.408, p < 0.001) รองลงมาคือ ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (r = 0.381, p < 0.001) และด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลมีค่าสหสัมพันธ์ต่ำสุดในระดับต่ำ (r = 0.243, p = 0.006)

4) ปัจจัยเชิงพยากรณ์ของสมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อสมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา (p < 0.001) และด้านวัสดุอุปกรณ์ (p < 0.001) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (p < 0.001) ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (p = 0.016) และด้านการสร้างแรงบันดาลใจ (p = 0.004) ตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปรสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ74.7 (R^2 = 0.747) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของสมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value	R	R^2	R^2adj	R^2change
1. ด้านเวลา	0.491	0.577	7.795	<0.001	0.796	0.634	0.631	0.634
2. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.155	0.148	1.819	<0.001	0.827	0.683	0.678	0.049
3. ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์	0.400	0.266	4.003	<0.001	0.846	0.716	0.709	0.032
4. ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล	-0.319	-0.251	-3.529	0.016	0.854	0.729	0.720	0.013
5. ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ	0.246	0.207	2.924	0.004	0.864	0.747	0.736	0.018
ค่าคงที่ 0.135, F=70.833, p-value<0.001, R=0.864, R^2=0.747, R^2adj=0.736								

หมายเหตุ: B = unstandardized coefficient; Beta = standardized coefficient; t = t-statistic; p = p-value; R = multiple correlation coefficient; R^2 = coefficient of determination; Adjusted R^2 = adjusted coefficient of determination; R^2 change = change in R^2

อภิปรายผลการวิจัย

1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น จากผลการศึกษาที่พบว่า การเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับสมรรถนะด้านดิจิทัล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะด้านดิจิทัลในระดับต่ำ อภิปรายได้ว่า การได้รับการพัฒนา/อบรมช่วยเพิ่มความรู้ ความมั่นใจ และความสามารถในการนำเทคโนโลยีไปใช้ในการบริหารได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ระดับความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างต่ำอาจบ่งชี้ได้ว่า การฝึกอบรมเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอ หากขาดการสนับสนุนเชิงโครงสร้าง เช่น เวลา ระบบเทคโนโลยีที่พร้อม และโอกาสนำไปใช้จริง ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ระบุว่าการฝึกอบรมเป็นปัจจัยสำคัญ แต่สมรรถนะดิจิทัลของผู้นำ/ผู้บริหารสุขภาพยังขึ้นกับเงื่อนไขระดับองค์กรและบริบทการทำงานร่วมด้วย[22]

ปัจจัยทางการบริหารโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะด้านดิจิทัลในระดับสูง อภิปรายได้ว่า ความพร้อมด้านทรัพยากร โครงสร้างพื้นฐาน เครื่องมือ ข้อมูล และระบบสนับสนุนขององค์กร เป็นฐานสำคัญที่เอื้อให้ผู้บริหารทางการพยาบาลได้ใช้เทคโนโลยีจริง เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลได้อย่างเป็นรูปธรรม[23] ขณะเดียวกัน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะด้านดิจิทัลในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และสามารถขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง จะส่งเสริมการเรียนรู้การยอมรับนวัตกรรม และการใช้ข้อมูลหรือเทคโนโลยีเพื่อการตัดสินใจ โดยเฉพาะด้านการสร้างแรงบันดาลใจและการกระตุ้นการคิดเชิงวิเคราะห์ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญต่อการปรับตัวในบริบทดิจิทัล[24-25]

2) ปัจจัยเชิงพยากรณ์ของสมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น

2.1) ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา (Time) สามารถพยากรณ์ได้สูงที่สุด อภิปรายได้ว่า เวลาเป็นทรัพยากรเชิงยุทธศาสตร์ต่อการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัล เพราะผู้บริหารจำเป็นต้องมีเวลาในการเรียนรู้ ทดลองใช้ระบบใหม่ เข้าร่วมการอบรม และติดตามตัวชี้วัด/ข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศ หากไม่มีการจัดสรรเวลาอย่างเป็นรูปธรรม สมรรถนะดิจิทัลย่อมพัฒนาได้จำกัด ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานที่บ่งชี้ว่า ภาระงานและข้อจำกัดด้านเวลาเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาภาวะผู้นำดิจิทัลและการเรียนรู้เทคโนโลยีในองค์กรสุขภาพ[26]

2.2) ปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) อภิปรายได้ว่า วัสดุอุปกรณ์/โครงสร้างพื้นฐาน เช่น ระบบเครือข่าย ซอฟต์แวร์ ระบบสารสนเทศ และอุปกรณ์ดิจิทัล เป็นปัจจัยเอื้อที่ทำให้ผู้บริหารสามารถเรียนรู้จากการใช้งานจริงและใช้ข้อมูลเพื่อการบริหารได้ต่อเนื่อง ทั้งนี้ หากระบบไม่เสถียรหรือเครื่องมือไม่พร้อม จะกลายเป็นข้อจำกัดต่อการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัล ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานในบริบทพยาบาลไทยที่รายงานข้อจำกัดด้านระบบ/อุปกรณ์ส่งผลต่อระดับทักษะดิจิทัลและประสิทธิภาพการใช้งาน[27]

2.3) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (Idealized Influence) อภิปรายได้ว่า การเป็นแบบอย่างที่ดี ยึดมั่นจริยธรรม และมีวิสัยทัศน์ชัดเจน ช่วยสร้างความเชื่อมั่นต่อการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัล ทำให้ผู้บริหารกล้าตัดสินใจบนฐานข้อมูล และยืนหยัดในการขับเคลื่อนนวัตกรรมในองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง[24] และหลักฐานเชิงระบบที่ชี้ว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์เชิงบวกในองค์กรพยาบาล รวมถึงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง[25]

2.4) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (Individualized Consideration) อภิปรายได้ว่า ผู้นำที่รับฟัง ให้คำปรึกษา และสนับสนุนการพัฒนารายบุคคล จะช่วยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ ลดความกังวลต่อการเปลี่ยนแปลง และทำให้เกิดวัฒนธรรมที่พร้อมทดลองใช้เทคโนโลยี ซึ่งเอื้อต่อการยกระดับสมรรถนะดิจิทัลในระยะยาว โดยสอดคล้องกับผลการศึกษาว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กร ความพึงพอใจและสภาพแวดล้อมการทำงานเชิงบวก[25]

2.5) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างแรงบันดาลใจ (Inspirational Motivation) อภิปรายได้ว่า การสื่อสารวิสัยทัศน์ด้านดิจิทัลให้ชัดเจนและสร้างความหมายร่วมกัน ทำให้เกิดแรงจูงใจภายในในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และปรับตัวต่อเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบ inspirational motivation ในทฤษฎีของ Bass & Avolio[24] และผลการศึกษาที่พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีผลต่อสภาพแวดล้อมการทำงานและคุณภาพการดูแลผ่านกลไกทางจิตวิทยาและวัฒนธรรมองค์กร[25]

ในภาพรวมจึงสะท้อนได้ว่า ปัจจัยเชิงโครงสร้าง ได้แก่ เวลาและวัสดุอุปกรณ์ เป็นรากฐานสำคัญที่ทำให้การเรียนรู้และการใช้เทคโนโลยีเกิดขึ้นจริง ขณะที่ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ทำหน้าที่เป็นแรงขับเชิงทิศทางและแรงจูงใจ ส่งผลให้สมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดผู้นำพยาบาลยุคใหม่ที่เน้นการบริหารเครือข่ายทางวิชาการและการใช้นวัตกรรมเป็นกลไกสร้างความยั่งยืนขององค์กรวิชาชีพ[24-25,28]

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา เนื่องจากเป็นการศึกษาในผู้บริหารทางการพยาบาลเฉพาะโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยในจังหวัดขอนแก่น จึงอาจไม่สามารถอ้างอิงกับโรงพยาบาลประเภทอื่นหรือบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบประเมินตนเองและเก็บข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งอาจทำให้เกิดอคติจากการตอบและมีข้อจำกัดด้านการควบคุมความเข้าใจของผู้ตอบ รวมทั้งการวิจัยมีลักษณะเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน

สรุปผลการวิจัย

การเคยได้รับการฝึกอบรมด้านดิจิทัล ปัจจัยทางการบริหารโดยรวม และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมี

ความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และการได้รับการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ นอกจากนี้ ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์สมรรถนะดิจิทัลได้ ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา ด้านวัสดุอุปกรณ์ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และการสร้างแรงบันดาลใจ โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 74.7 สะท้อนว่า การพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยการจัดสรรเวลา ความพร้อมของทรัพยากร เทคโนโลยี และภาวะผู้นำที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การปรับตัว และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริหารงานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1.1) โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยจังหวัดขอนแก่น ควรกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อรองรับระบบสุขภาพดิจิทัล และส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการบริหารและตัดสินใจ

1.2) โรงพยาบาลควรจัดสรรเวลา อุปกรณ์และระบบดิจิทัลให้เพียงพอและทันสมัย เพื่อสนับสนุนการพัฒนาทักษะดิจิทัล ลดภาระงาน และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร

1.3) ผู้บริหารระดับนโยบายควรส่งเสริมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล พร้อมพัฒนาระบบสนับสนุน เช่น ทีมที่ปรึกษาหรือศูนย์ดิจิทัล เพื่อให้การใช้เทคโนโลยีมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

2) ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1) ควรวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อออกแบบและประเมินโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมและใช้ได้จริง

2.2) ควรศึกษาบริบทที่หลากหลาย เช่น เปรียบเทียบโรงพยาบาลรัฐและเอกชน รวมถึงปัจจัยจิตวิทยาองค์กร เช่น ความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง ทัศนคติต่อเทคโนโลยี และวัฒนธรรมองค์กร ที่มีผลต่อสมรรถนะดิจิทัล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดตลอดกระบวน การวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และขอขอบพระคุณผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดียิ่ง ส่งผลให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Brahmbhatt DH, Ross HJ, Moayedi Y. Digital technology application for improved responses to health care challenges: lessons learned from COVID-19. Can J Cardiol. 2022;38(2):279–91.
2. สำนักงานส่งเสริมการจัดประชุมและนิทรรศการ (องค์การมหาชน). การพัฒนา

อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจรของประเทศไทยผ่านการแพทย์ดิจิทัล (Digital Health: An Opportunity to Uplift Thailand's Medical Industry). กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมการจัดประชุมและนิทรรศการ (องค์การมหาชน); 2567.

3. Nguyen AM. Challenges of blockchain applications in digital health: A systematic review. arXiv. 2023;2304.04101. doi:10.48550/arXiv.2304.04101
4. Global Market Insights. Digital Health Market - By Component, By Technology, By End Use - Global Forecast 2025–2034 report [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 24]. Available from: https://www.gminsights.com/industry-analysis/digital-health-market
5. Kumar R, Jain V, Han GTW, Touzene A, editors. Immersive virtual and augmented reality in healthcare: an IoT and blockchain perspective. Boca Raton (FL): CRC Press; 2023.
6. คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา. ปัญหา อุปสรรค และทางออกการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกรรมาธิการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2567.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564–2568 (Digital Health Strategy, Ministry of Public Health 2021–2025). นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
8. สำนักดิจิทัลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แผนสำนักดิจิทัลสุขภาพ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570). นนทบุรี: สำนักดิจิทัลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
9. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. 2015 [cited 2025 Apr 24]. Available from: https://sdgs.un.org/2030agenda
10. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2561–2580). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
11. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี; 2566.
12. สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. กรอบสมรรถนะด้านดิจิทัลสำหรับพลเมืองไทย (Digital Competence Framework for Thai Citizens). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2563.

13.ประจักร บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.

14.Bass BM, Riggio RE. Transformational leadership. 2nd ed. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 2006.

15.Schermerhorn JR, Osborn RN, Uhl-Bien M, Hunt JG. Organizational behavior. 11th ed. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2011.

16.ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์. สารสนเทศทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ [Internet]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 21 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://it-nurse.kku.ac.th/

17.ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ข้อมูลโรงพยาบาล: ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [Internet]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 16 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://heart.kku.ac.th/

18.Green SB. How many subjects does it take to do a regression analysis. Multivariate Behav Res. 1991;26(3):499–510.

19.Likert R. The human organization: its management and values. New York: McGraw-Hill; 1967.

20.สำเริง จันทร์สุวรรณ, สุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.

21.Elifson KW, Runyon RP, Haber A. Fundamentals of social statistics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1990.

22.Laakkonen N, Jarva E, Hammarén M, Kanste O, Kääriäinen M, Oikarinen A, et al. Digital competence among healthcare leaders: a mixed-methods systematic review. J Nurs Manag. 2024;2024:8435248. doi:10.1155/2024/8435248

23.Yeung AWK, Torkamani A, Butte AJ, Glicksberg BS, Schuller B, Rodriguez B, et al. The promise of digital healthcare technologies. Front Public Health. 2023;11:1196596. doi:10.3389/fpubh.2023.1196596

24.Bass BM, Avolio BJ. Improving organizational effectiveness through transformational leadership. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1994.

25.Ystaas LMK, Nikitara M, Ghobrial S, Latzourakis E, Polychronis G, Constantinou CS. The impact of transformational leadership in the nursing work environment and patients' outcomes: a systematic review. Nurs Rep. 2023;13(3):1271–290. doi:10.3390/nursrep13030108

26.Abou Hashish E, Alsayed S, Alqarni BHM, Alammari NM, Alsulami RO. Nurse managers' perspectives on digital transformation and informatics

competencies in e-leadership: a qualitative study. J Nurs Manag. 2025;2025:8178924. doi:10.1155/jonm/8178924

27.เอื้องพร พิทักษ์สังข์, เจียมรัตน์ โพธิ์เย็น, จันทนา นามเทพ, ราตรี ฉิมฉลอง, ธนวัฒน์ ปัญญาวงค์, วัฒนพรรณ ฤกษ์มงคล และศิริพร เลาหสุวรรณพานิช. ทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของพยาบาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารสภาการพยาบาล. 2566;38(2):38–48.

28.วัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ และศักดิ์ชรินทร์ นรสาร. บทบาทผู้นำพยาบาลยุคใหม่ในการขับเคลื่อนองค์กรวิชาชีพไม่แสวงหาผลกำไรผ่านเครือข่ายวิชาการและนวัตกรรม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2568;17(2):1-12.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ยุวดี ศรีบุญเรือง [1],วัลลิดา ราชกรม[2*]

(วันที่รับบทความ: 26 มีนาคม 2569, วันที่แก้ไข: 17 กรกฎาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 31 กรกฎาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มารับการรักษา ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 123 ราย ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ ที่กำหนด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 0.96–1.00) และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี (Cronbach's Alpha=0.70-0.86) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (r_s) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมี r_s = .270, .515, .541, และ .218 ตามลำดับ ในขณะที่ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบ (r_s = -.529) กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยบูรณาการแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม

[1-2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

[1-2]ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding author: วัลลิดา ราชกรม e-mail: rvanli@kku.ac.th

Factors Associated with Self-Care Behaviors of Patients with Acute Coronary Syndrome at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast

Yuwadee Sriboonruang[1],Wanlida Ratchakrom [2*]

(Received: 26th March 2026, Revised: 17th July 2026, Accepted: 31st July 2026)

Abstract

This descriptive correlational study aimed to investigate the factors associated with the self-care behaviors of patients diagnosed with Acute Coronary Syndrome (ACS) The study sample consisted of 123 patients receiving treatment at the Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, selected through purposive sampling based on predefined inclusion criteria. The research instrumentation comprised a Demographic Profile Questionnaire, the Health Belief Model Scale, the Social Support Scale, the Health Literacy Scale, and a Self-Care Behavior Questionnaire. Content validity was rigorously established (CVI = 0.96–1.00), and internal consistency demonstrated high reliability (Cronbach's Alpha = 0.70–0.86). Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient (r_s), with the statistical significance threshold set at $p < 0.05$.

The findings indicated that gender, social support, health beliefs, and health literacy were significantly and positively correlated with self-care behaviors ($p < 0.05$), with correlation coefficients (r_s) of .270, .515, .541, and .218, respectively. Conversely, depression exhibited a significant negative correlation with self-care behaviors ($r_s = -0.529$, $p < 0.05$).

Healthcare professionals should prioritize the development of health promotion models that integrate health belief concepts with the enhancement of health literacy. Furthermore, fostering family participation to strengthen social support is essential. Implementing these strategies will be instrumental in reducing complications and significantly improving the quality of life for patients with acute myocardial infarction.

Keywords: Acute coronary syndrome, Self-care behavior, Health Literacy, Social Support

---

[1-2] Registered Nurse (Professional Level)

[1-2] Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, faculty of medicine, KKU

*Corresponding author: Wanlida Ratchakrom e-mail: rvanli@kku.ac.th

บทนำ

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการลดลงอย่างกะทันหันของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยหลอดเลือดแดงจะแข็งตัว หนาขึ้น และตีบแคบลง (Atherosclerosis) เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลัน ซึ่งมีการดำเนินโรคผ่าน 3 ระยะหลัก ได้แก่ (1) ระยะสะสมไขมัน (Fatty streak) คือการเริ่มสะสมของคราบไขมันในผนังหลอดเลือด (2) ระยะแผ่นพังผืดไขมัน (Fibrous plaque) และ (3) ระยะคราบไขมันแตกออก (Ruptured plaque) เป็นระยะวิกฤตที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตัน และเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าร้อยละ 90[1] โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญทั่วโลกและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต โดยปี 2566 มีผู้เสียชีวิตสูงถึง 20.5 ล้านคนต่อปี คิดเป็น 1 ใน 3 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และประมาณ ร้อยละ 85 เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมอง[2]

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติครอบครัว ระดับความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราโรคหัวใจและหลอดเลือดยังเป็นโรคแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง[3] ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ [4] ภาวะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ และการดำรงบทบาทในครอบครัว นอกจากนี้ความเจ็บป่วยยังอาจลดคุณค่าในตนเอง บั่นทอนคุณภาพชีวิต และลดการมีส่วนร่วมในสังคม[5] ขณะเดียวกันภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และแรงจูงใจที่ลดลง อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางการฟื้นตัวและการจัดการโรคอย่างมีประสิทธิภาพ [6]

ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในปี 2564, 2565 และ 2566 มีผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 807, 707 และ 624 รายตามลำดับ ในขณะเดียวกันพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำในปี 2564 จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.24 ปี 2565 จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.42 และปี 2566 จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.7 โดยสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำพบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและมีรสเค็มจัด การลืมรับประทานยา และการกลับไปสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดูแลตนเองถือว่าเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน[5] จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่ามีหลายปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกัน ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพในระดับต่างๆ ภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ลดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการฟื้นฟูที่ช้าลง ความเชื่อด้านสุขภาพโดยผู้ป่วยที่เชื่อว่าการดูแลตนเองช่วยลดความเสี่ยง

จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนช่วยเพิ่มกำลังใจและช่วยดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง[7]

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เนื่องจากพบประเด็นงานวิจัยที่ผ่านมาว่ามีข้อสรุปที่ไม่ชัดเจนในส่วนของภาวะซึมเศร้าและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดของเครื่องมือวัด จึงเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้ และในบริบทการศึกษาและพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่างมีบริบททางวัฒนธรรมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยเฉพาะวิถีชีวิตและการดูแลตนเองที่ได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมของภูมิภาค ได้แก่ การรับประทานอาหารพื้นบ้านที่มีรสเค็มจัด การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ล่าช้าจากข้อจำกัดด้านการเดินทางหรือเศรษฐกิจการเงิน ปัจจัยเหล่านี้ไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่ยังเป็นปัจจัยขัดขวางต่อความร่วมมือในการรักษาและการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดจากทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-Care) ของ Orem ซึ่งเน้นการศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผลการวิจัยที่ได้จะทำให้ทราบว่าระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับใด เพื่อนำไปพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลและการสนับสนุนการดูแลตนเองที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือไม่

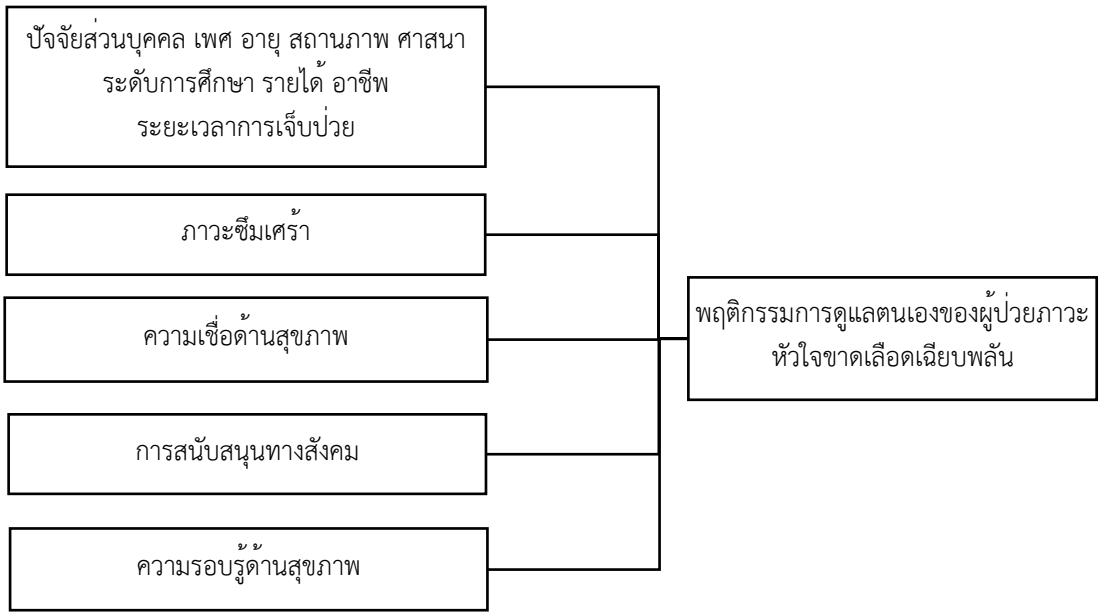
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) ของ Orem[8] เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ[7] ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประเภทการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง มีนาคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาครั้งแรก ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 525 ราย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง มีนาคม 2569

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรก ทั้งที่มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วม ที่มารับการรักษา ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อายุ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ดี ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตทางกายที่รุนแรงจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ver.3.1.9.4 โดยกำหนดค่าสหสัมพันธ์ r เท่ากับ 0.284 ระดับอำนาจการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.90 กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 99 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลแบบสอบถาม จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 123 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือได้ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ลงวันที่ 4 มิถุนายน 2567 ประกอบด้วย 6 ส่วน แบบสอบถามข้อมูลได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษา สมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. แบบสอบถามอาการโรคซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q[9] แบบประเมินมีข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ตัวเลือก ให้ค่าคะแนนแต่ละระดับ ดังนี้ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน (1 คะแนน) เป็นบ่อย (2 คะแนน) เป็นทุกวัน (3 คะแนน) การแปลผลคะแนนอาการโรคซึมเศร้า ดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง ปกติหรือมีอาการน้อยมาก คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง มีอาการน้อย คะแนน 13-18 คะแนน หมายถึง มีอาการปานกลาง และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรง

3. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ[7] แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ตัวเลือก ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก คือ ข้อที่ 1-5 และ 11-15 ให้ค่าคะแนนในแต่ละระดับดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) และข้อคำถามทางลบ คือข้อที่ 6-10 ข้อคำถาม ให้ค่าคะแนนในแต่ละระดับดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (4 คะแนน) การแปลผลระดับความเชื่อด้านสุขภาพดังนี้ คะแนน 18-29 คะแนน หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 30-44 คะแนน หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 45-60 คะแนน หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม[7] แบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ตัวเลือก ให้ค่าคะแนนในแต่ละระดับดังนี้ ตลอดเวลา (4 คะแนน) เกือบตลอดเวลา (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) และไม่มี (1 คะแนน) การแปลผลระดับการสนับสนุนทางสังคมดังนี้ คะแนน 10-19 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ คะแนน 20-29 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และคะแนน 30-40 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

5. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ[7] แบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนา โดยการปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทผู้ป่วยศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 18 ข้อข้อคำถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 1.00) เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) คือ ใช่ และ

ไม่ใช่ โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว เป็นการวัดความสามารถและทักษะ ซึ่งจะช่วยลดความคลุมเครือในการตัดสินใจ และจำแนกผู้ที่มีทักษะผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์ได้อย่างชัดเจน มีข้อคำถามเชิงบวกข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 และข้อคำถามเชิงลบข้อที่ 7, 9, 18 การแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดังนี้ คะแนน 0-6 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และคะแนน13-18 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง

6. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง [7] แบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนา โดยการปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทผู้ป่วยศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ตัวเลือก ให้ค่าคะแนนในแต่ละระดับดังนี้ สม่ำเสมอ (4 คะแนน) บ่อย (3 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เลย (1 คะแนน) การแปลผลระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนี้ คะแนน 18-35 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ คะแนน 36-53 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง และคะแนน 54-72 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ค่า CVI เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ค่า CVI เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ค่า CVI เท่ากับ 0.96 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่า CVI เท่ากับ 0.97

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับบริการหน่วยอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Cronbach' Alpha Coefficient โดยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.80 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.86 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.78 ส่วนแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพหาความเที่ยง โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น และภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ ให้เข้าดำเนินการเก็บข้อมูล ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอม และในช่วงเช้าวันที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน ระหว่างกระบวนการรอจำหน่าย ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเสร็จสิ้นกิจกรรมการรักษาและอยู่ในช่วงรอเอกสาร ผู้ช่วยวิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง จัดเตรียมพื้นที่ให้มีความเป็นส่วนตัวและปราศจากเสียงรบกวน แนะนำตัวและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ และในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (Non-normal distribution)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นและได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่สำคัญโครงการ HE671538 รับรองวันที่ 21 พฤศจิกายน 2567 และในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักการของการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยการลงนามขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง และให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอด อีกทั้งข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 123 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.85 อายุเฉลี่ย 65.60 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.61 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 59.35 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 62.60 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 40.65 สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเบิกได้ ร้อยละ 65.04 และ 17.89 ตามลำดับ อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 69.92

โรคประจำตัวคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.20 และ 58.50 ตามลำดับ มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.53 ประวัติไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 61.79 ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 69.92 และไม่มีประวัติ

บุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหัวใจ ร้อยละ 85.37

2. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X}$= 3.51, S.D. = 3.10) ด้านความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 54.29, S.D. = 4.88) ด้านการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 36.35, S.D. = 4.52) ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 16.60, S.D. = 1.68) และด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 60.64, S.D. = 6.68) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 123)

ตัวแปร	Min	Max	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ภาวะซึมเศร้า	0	13	3.51	3.10	ระดับปกติ
ความเชื่อด้านสุขภาพ	42	60	54.29	4.88	ระดับสูง
การสนับสนุนทางสังคม	22	40	36.35	4.52	ระดับสูง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	13	18	16.60	1.68	ระดับสูง
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	43	70	60.64	6.68	ระดับสูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .270 p < .05) ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s =-.529 p < .05) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .515 p < .05) ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .541 p < .05) ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(r_s = .218 p < .05)* (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n =123)

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
	r_s	*p-value*
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	-.024	.791
เพศ	.270*	.003
สถานภาพ	.083	.362
ระดับการศึกษา	-.017	.848
อาชีพ	-.091	.314
รายได้	.081	.372
สิทธิการรักษา	.013	.885
ภาวะซึมเศร้า	-.529**	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	.515**	<.001
ความเชื่อด้านสุขภาพ	.541**	<.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.218*	.015

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

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

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า เพศชายมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าเพศหญิง อายุเฉลี่ย 65.60 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม การศึกษาระดับประถมศึกษา ประวัติโรคประจำตัวคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยรวมอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพ โดยผู้ป่วยที่มีประวัติโรคประจำตัวเรื้อรังเคยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยและทราบถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคเหล่านี้มาบ้างแล้ว เมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ย่อมตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ

ดูแลตนเองอย่างจริงจัง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น หรือการกลับเป็นซ้ำ[10]

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อธิบายได้ว่าในบริบทพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีโครงสร้างทางสังคมแบบครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพให้กับผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยจะมีปัจจัยส่วนบุคคลที่อาจเป็นอุปสรรค เช่น มีอายุมาก หรือมีระดับการศึกษาที่จำกัด แต่สิ่งเหล่านี้จะมีผู้ดูแลช่วยลดช่องว่างจากข้อจำกัด ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ที่อธิบายว่าการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมจากบุคคลใกล้ชิด ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น[11] ขณะที่เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .270$ $p < .05$) โดยจากการพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่าเพศหญิงมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมกว่าเพศชายอธิบายได้ว่า บทบาททางสังคมในบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพศหญิงเป็นผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับการจัดการอาหารและการดูแลสุขอนามัยของคนในครอบครัว ความรับผิดชอบดังกล่าวทำให้เพศหญิง มีการเฝ้าระวังและการดูแลตนเองที่เคร่งครัดกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงในวัยผู้ใหญ่มีแนวโน้มที่จะก้าวข้ามอุปสรรคด้านการควบคุมอาหารและความเชื่อทางวัฒนธรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ดีกว่า[12] นอกจากนี้เพศชายพบข้อจำกัดด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับปัจจัยเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิต โดยเพศชายมักมีพฤติกรรมทางสังคม เช่น การสูบบุหรี่หรือการดื่มสุราตามเทศกาล ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม สอดคล้องการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า เพศชายมักมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ โดยมีทัศนคติว่าการเจ็บป่วยเล็กน้อยเป็นเรื่องที่ทนได้ และมักจะเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อเข้าสู่ระยะวิกฤตของโรคแล้ว[13]

ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.529$ $p < .05$) อธิบายได้ว่าภาวะซึมเศร้าจะมีกลไกเข้าไปลดทอนการทำหน้าที่ของสมองส่วนหน้า ซึ่งมีหน้าที่บริหารจัดการความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลให้สมองส่วนหน้าทำงานบกพร่อง สภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดอุปสรรคสำคัญในการประมวลผลข้อมูลและการวางแผนเชิงระบบ ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ[14] ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดสมาธิในการรับรู้ข้อมูลการรักษาและการจัดการยาที่มีความซับซ้อน ความสัมพันธ์ทางลบนี้ยังส่งผลให้การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง โดยผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตใจหดหู่มักมีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลตนเองและมองไม่เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา[15] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นตัวแปรที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน โดยภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจะเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองบกพร่อง[16]

ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสำคัญกับการประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าควบคู่ไปกับการรักษาทางกาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .515 p < .001) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ จะช่วยลดความวิตกกังวลและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในช่วงวิกฤตของโรค การสนับสนุนด้านข้อมูล ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการรับประทานยาและการสังเกตอาการผิดปกติที่ถูกต้อง ขณะที่การสนับสนุนด้านอารมณ์ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและไม่ได้เผชิญกับโรคที่เป็นอยู่เพียงลำพัง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนไลฟ์สไตล์และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องอาศัยผู้ดูแลในการช่วยเหลือการทำกิจกรรมประจำวัน[17] และสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่าการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และช่วยลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด[7] ดังนั้นพยาบาลและทีมสหวิชาชีพควรส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในวางแผนการรักษา ซึ่งจะเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญช่วยให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(r_s = .541 p < .001)* อธิบายได้ว่า การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตระหนักได้ว่าภาวะโรคมีอันตรายถึงแก่ชีวิตและมีโอกาสเกิดซ้ำได้สูง จะนำไปสู่การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือด ซึ่งการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและการชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเอง จะยิ่งช่วยให้พฤติกรรมการดูแลตนเองนั้นมีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น[18] ดังนั้น การที่บุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำโดยเน้นย้ำถึงความรุนแรงของภาวะหัวใจขาดเลือดควบคู่ไปกับประโยชน์ของการดูแลตนเอง จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน

ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(r_s = .218 p = .015)*

อธิบายได้ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำเป็นต้องจัดการกับการดูแลสุขภาพที่ยุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสจัดและอาหารที่มีโซเดียมสูงซึ่งสัมพันธ์กับวิถีวัฒนธรรมดั้งเดิม ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพอย่างดี แต่ความสามารถในการจัดการตนเองยังถูกจำกัดด้วยกรอบวัฒนธรรมการบริโภคอาหารสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมโดยตรงเสมอไป แต่อาจมีปัจจัยด้านวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร หรือข้อจำกัดทางกายภาพเข้ามาเกี่ยวข้อง[19] ดังนั้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำเป็นต้องมีการออกแบบกลยุทธ์ที่ประสานเข้ากับวิถีวัฒนธรรมของชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถนำความรอบรู้มาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีระบบการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยการจัดกิจกรรม Group Education ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดยาและเลือกอาหารที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้ความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) เพื่อเจาะลึกถึงอุปสรรคเชิงวัฒนธรรมของผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แม้จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เนื่องจากการศึกษานี้จำกัดเฉพาะพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมเฉพาะถิ่น ผลการศึกษาจึงอาจมีข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทต่างกัน การนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้ควรพิจารณาด้วยความระมัดระวัง

2. มาตรวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าความเที่ยง (Reliability) อยู่ที่ 0.70 ซึ่งเป็นเกณฑ์ยอมรับได้ขั้นต่ำ อาจส่งผลต่อความแม่นยำในการวัดระดับความรอบรู้ในประชากรบางกลุ่ม ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาหรือปรับปรุงข้อคำถามให้มีความจำเพาะเจาะจงและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King. Clinical practice guideline for the management of patients with acute myocardial infarction 2020. Bangkok: Next Step Design; 2020. Thai.
2. World Heart Federation. World Heart Report 2023: Confronting the world's number one killer [Internet]. Geneva: World Heart Federation; 2023 [cited 2024 May 22]. Available from: https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/World-Heart-Report-2023.pdf

3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. World Heart Day 2023 campaign document [Internet]. Bangkok: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2023 [cited 2024 May 22]. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=37372&deptcode=brc
4. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. JAMA. 1993;270(15):1819-25.
5. Al-Daken LI, Al-Ghabeesh SH. Depression, anxiety, and self-care management among patients with ischemic heart disease: a 2023 perspective. Healthcare (Basel). 2023;11(4):512. doi:10.3390/healthcare11040512.
6. Huffman JC, Celano CM, Januzzi JL. The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. Neuropsychiatr Dis Treat. 2010;6:123-36. doi:10.2147/NDT.S6880.
7. Yavanopphas N. Factors related to self-care behaviors of patients with acute coronary syndrome [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2018. Thai.
8. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
9. Department of Mental Health. 9-question depression assessment (9Q) [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2015 [cited 2024 May 22]. Available from: https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=17
10. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q. 1988;15(2):175-83.
11. House JS. Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
12. Fenta ET, Abera Kidie A, Guadie Tiruneh M, Fentabel Anagaw T, Bogale EK, Addisu Dessie A, et al. Exploring barriers of health literacy on non-communicable disease prevention and care among patients in north Wollo Zone public hospitals; Northeast Ethiopia, 2023: application of socio-ecological model. BMC Public Health. 2024;24:971. doi:10.1186/s12889-024-18524-z.
13. Khaisang K, Chantraprathak S, Niamphoka P. Factors associated with health literacy and health behaviors of people in the responsibility area of

sub-district health promoting hospitals in remote areas. J Health Sci Res. 2023;17(1):112-24.

14. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1986.

15. Kaur S, Sharma R, Varma JS. Impact of psychological distress on treatment adherence and lifestyle modification among myocardial infarction survivors. Int J Nurs Pract. 2024;30(1):e13155. doi:10.1111/ijn.13155.

16. Chuakan P, Soonthornchaiya R, Vuthiarpa S. The effects of a group psychoeducation program on depressive symptoms and self-care behaviors of older adults with depressive disorder. Nurs J Ministry Public Health. 2024;34(3):1-12. Thai.

17. Mbakwem AC, Okubadejo NU, Adeniyi OV. Social support systems and self-care adherence among patients with acute coronary syndrome in a developing economy: a cross-sectional analytical study. Heart Lung. 2022;55:128-35.

18. Somwang P, Khumros W, Phrommintiku A. Health literacy and its relationship with self-care behaviors among patients with coronary artery disease. Thai J Nurs Midwifery Pract. 2023;39(2):85-98. Thai.

19. Sangkawichai P, Kamchang P, Paisawaeng K, Wongpimkham P, Saita S, Vittaporn S, et al. Factors associated with health literacy and self-care behaviors among patients with type 2 diabetes: a mixed method study in Ko Kha District, Lampang province, Northern Thailand. J Health Res. 2024;38(4):301-10.

ความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในการทำงานของพนักงานฝ่ายผลิต บริษัท พลวัชร์เครื่องยนต์ จำกัด

ฤดี นิยมรัตน์[1],เบญจลักษณ์ เมืองมีศรี[2],สมเกียรติ กอบัวแก้ว[3] ,นิศารัตน์ อมรกุล[4*]

(วันที่รับบทความ: 23 กุมภาพันธ์ 2569, วันที่แก้ไข: 20 กรกฎาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 31 กรกฎาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพร่างกายและสภาพการทำงานของพนักงานฝ่ายผลิต ประเมินความเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ และประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในการทำงานของพนักงานฝ่ายผลิต บริษัท พลวัชร์ เครื่องยนต์ จำกัด ประชากรที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 31 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 19 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากพนักงานในสายการผลิตเครื่องยนต์ดีเซลทั้งหมดจำนวน 8 คน และสายการผลิตเครื่องกำเนิดไฟฟ้าทั้งหมดจำนวน 11 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่น 0.785 ประเมินความเสี่ยงด้านท่าทางการทำงานด้วยวิธี REBA การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาสภาพร่างกายและสภาพการทำงาน พบว่า พนักงานฝ่ายผลิตทั้งหมด มีร่างกายปกติ แข็งแรง และไม่มีโรคประจำตัว โดยส่วนใหญ่มีอายุ 25-29 ปี พนักงานทำงานที่ต้องใช้แรงและเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ สภาพการทำงานที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ คือการยืนหรือเดินต่อเนื่องเกิน 20 นาที ใช้มือหรือแขนออกแรงซ้ำ ๆ ตลอดเวลา ส่งผลให้พนักงานมีอาการเมื่อยล้าหลังเลิกงาน โดยอวัยวะที่บาดเจ็บมากที่สุดคือ ไหล่ ด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน พบว่าพนักงานทั้งหมด มีความเสี่ยงทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ด้านท่าทางในการทำงาน ด้านสภาพทั่วไป และด้านการยกของ อยู่ในระดับมาก นอกจากนี้พบว่า พนักงานทั้งหมดมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บระดับน้อย ผลการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยวิธี REBA พบว่า อยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก (10-12 คะแนน) ซึ่งหมายถึงมีความจำเป็นในการปรับปรุงสภาพการทำงานโดยเร่งด่วน

คำสำคัญ: การประเมินความเสี่ยง, การยศาสตร์ในการทำงาน, พนักงานฝ่ายผลิต, REBA

[1-3] รองศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาการจัดการวิศวกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

[4] นักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาการจัดการวิศวกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

*Corresponding author: นิศารัตน์ อมรกุล e-mail: 66122546003@ssru.ac.th

Ergonomic Risk among Production Employees at Polawat Engine Co., Ltd.

Ruedee Niyomrath[1],Benchalak Muangmeesri[2],Somkiat Korbuakaew [3],Nisarat Amonkun[4*]

(Received: 23th February 2026, Revised: 20th July 2026, Accepted: 31st July 2026)

Abstract

This research aimed to study the physical condition and working conditions of production employees, assess environmental work risks, injury risks, and evaluate ergonomic work risks of production employees at Polawat Engine Co., Ltd. The research population consisted of 31 individuals, with a sample size of 19 individuals. The sample was purposive sampling from the employees in the diesel engine production line, totaling 8 people, and 11 people from the power generator production line. The research instrument was a questionnaire validated by three experts with a reliability coefficient of 0.785. Work posture risks were assessed using the Rapid Entire Body Assessment (REBA) method. Data analysis uses percentage, mean, and standard deviation. The results of the study on physical condition and working conditions showed that all production workers were physically normal, healthy, and free from chronic diseases. The majority were aged 25-29 years. Employees work that requires physical effort and repetitive movements. Work conditions that pose a risk of injury include standing or walking continuously for more than 20 minutes and repetitive straining of the arms or wrists, resulting in post-work fatigue. The most frequently injured body part was the shoulder. Regarding the work environment, it was found that all employees were at high risk in all four areas: repetitive movements, work posture, general conditions, and lifting. Additionally, it was found that all employees have a low level of injury risk. The ergonomic risk assessment using the REBA method showed a high to very high-risk level (10-12 points), indicating an urgent need to improve working conditions.

Keywords: Risk Assessment, Ergonomics at Work, Production Workers, REBA

[1-3]Associate Professor Dr., Engineering Management Program, Faculty of Engineering and Industrial Technology, Suansunandha Rajabhat University,

[4] Undergraduate Student, Engineering Management Program, Faculty of Engineering and Industrial Technology, Suansunandha Rajabhat University

*Corresponding author: Nisarat Amonkun e-mail: 66122546003@ssru.ac.th

บทนำ

การยศาสตร์ หรือ Ergonomics เป็นศาสตร์ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับปัจจัยต่าง ๆ ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมของการทำงาน ผลการศึกษานำไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงสภาพงานให้มีความเหมาะสมกับผู้ที่ปฏิบัติงานในที่นั้น เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพดีขึ้น การศึกษาทางการยศาสตร์นี้ช่วยป้องกันปัญหาต่าง ๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อความปลอดภัยและสุขภาพอนามัยในการทำงาน และสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานได้ โดยปัญหาทางการยศาสตร์ ส่งผลกระทบต่อบุคคลได้ 2 ลักษณะ ได้แก่ (1) ความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างเนื่องจากการทำงาน (Musculoskeletal Disorders, MSDs) และ (2) ความล้าจากการทำงาน (Fatigue)[1] การค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บจากการทำงานจึงมีความสำคัญ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขและป้องกันอย่างเหมาะสม การค้นหาปัญหาทางการยศาสตร์ด้วยการประเมินทางการยศาสตร์ (Ergonomic assessment) โดยการวิเคราะห์ท่าทางวิธีการทำงานของผู้ปฏิบัติงานมีเครื่องมือที่ใช้ประเมิน เช่น RULA, REBA, OWAS, NIOSH และวิธี ROSA ที่มีความเหมาะสมกับลักษณะงานที่แตกต่างกัน

สำหรับแบบประเมินทางด้านการยศาสตร์ที่นิยมนำมาใช้ ได้แก่ แบบประเมิน RULA (Rapid Upper Limb Assessment) และ REBA (Rapid Entire Body Assessment) เป็นแบบประเมินที่ใช้งานได้สะดวก ครอบคลุมลักษณะงานหลากหลาย และเหมาะสมกับทุกอาชีพ ซึ่งแบบประเมิน REBA เหมาะกับงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้ร่างกายหลายส่วน เช่น การยกของหนักหรือทำงานในท่ายืนเป็นระยะเวลานาน จากผลการศึกษาพบว่าแบบประเมิน REBA ถูกนำไปใช้ประเมินท่าทางการทำงานพนักงานในโรงงานผลิตโซฟา[2] เกษตรกรผู้ปลูกข้าว[3] พนักงานบรรจุสินค้า[4] และพนักงานทำความสะอาด[5] เป็นต้น

บริษัท พลวัชร์เครื่องยนต์ จำกัด ผลิตเครื่องจักรทางการเกษตร มีโรงงานตั้งอยู่ที่จังหวัดสมุทรปราการ ดำเนินการผลิตเครื่องมือทางการเกษตรหลากหลายประเภท จำแนกเป็น 3 สายการผลิตหลัก ได้แก่ สายการผลิตเครื่องยนต์ดีเซล สายการผลิตรถตัดหญ้า และสายการผลิตเครื่องกำเนิดไฟฟ้า ทุกสายการผลิตเป็นการประกอบและตรวจสอบเครื่องจักรที่มีน้ำหนัก 20-100 กิโลกรัม บนโต๊ะปฏิบัติการ พนักงานฝ่ายผลิตมีปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์กับลักษณะการทำงาน เช่น ปวดหัว ปวดท้อง และอาการอ่อนเพลีย[6]

ในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในการทำงานของพนักงานในสายการผลิตของบริษัท พลวัชร์เครื่องยนต์ จำกัด รวมทั้งศึกษาความเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน และความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของพนักงาน ผลที่ได้จากการศึกษาจะช่วยระบุจุดเสี่ยงในการทำงานอย่างเป็นระบบ นำไปสู่ข้อเสนอแนะการปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการทำงานให้เหมาะสมกับสรีระของพนักงาน ลดความเสี่ยงในการเกิดอาการบาดเจ็บ ส่งเสริมสุขภาพแรงงาน เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และลดต้นทุนขององค์กรในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพร่างกายและสภาพการทำงานของพนักงานฝ่ายผลิต

2. เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมการทำงานและความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของพนักงานฝ่ายผลิต

3. เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในการทำงานของพนักงานฝ่ายผลิต

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยโดยการเก็บแบบสอบถามและประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในการทำงานระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ที่มีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ พนักงานฝ่ายผลิตบริษัทพลวัชร์เครื่องยนต์ จำกัด จำนวน 31 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากพนักงานในสายการผลิตเครื่องยนต์ดีเซลจำนวน 8 คน และสายการผลิตเครื่องกำเนิดไฟฟ้าจำนวน 11 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 การศึกษาสภาพร่างกายและสภาพการทำงาน ใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงมาจาก The Standardized Nordic Questionnaires for the Analysis of Musculoskeletal Symptoms[7] และแบบประเมินความเสี่ยงอาการผิดปกติของระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ[8] ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลทั่วไป ลักษณะการตอบเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ส่วนที่ 2 ด้านสภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ ลักษณะการตอบเป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมคำตอบในช่องว่าง

ส่วนที่ 3 ด้านอาการบาดเจ็บ ลักษณะการตอบเป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมคำตอบในช่องว่าง ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ที่กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 6 ระดับ ดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าน้ำหนักคะแนนระดับความเจ็บปวด และระดับความรุนแรงของอาการ

คะแนน	ระดับความเจ็บปวด	ระดับความรุนแรงของอาการ
0	ไม่ปวดเลย	ปกติ/ไม่มีอาการ
1	ปวดนิดหน่อย	มีอาการ พักแล้วหาย
2	ปวดระดับปานกลาง	มีอาการ พักแล้วไม่หาย
3	ปวดระดับปานกลาง-ปวดมาก	พักไม่หาย ไม่สามารถทำงานได้
4	ปวดมาก ๆ	ต้องเข้ารับการรักษา/พบแพทย์
5	ปวดมากจนทนไม่ไหว	ต้องเข้ารับการรักษา กายภาพ ผ่าตัด สูญเสียอวัยวะ พิการ

ส่วนที่ 4 ด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน ลักษณะการตอบเป็นแบบตรวจสอบรายการโดยระบุคำตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่

แบบสอบถามผ่านการทดสอบคุณภาพด้วยการหาค่าความเที่ยงตรงจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน และหาค่าความเชื่อมั่น

โดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient 0.785[9]

2.2 การประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในการทำงาน ใช้แบบประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในการทำงานด้วยวิธี REBA (Rapid Entire Body Assessment) ที่ประเมินโดยผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยที่สถานประกอบการมอบหมาย จำนวน 1 คน เป็นการประเมินท่าทางการทำงานของพนักงานที่เลือกตัวอย่างไว้จำนวน 15 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ประเมินส่วนคอ ขั้นตอนที่ 2 ประเมินส่วนลำตัว ขั้นตอนที่ 3 ประเมินส่วนขา ขั้นตอนที่ 4 ประเมินคะแนนของท่าทางในกลุ่ม A ขั้นตอนที่ 5 ประเมินแรงที่ใช้หรือภาระงาน ขั้นตอนที่ 6 สรุปคะแนนรวมในกลุ่ม A ขั้นตอนที่ 7 ประเมินแขนส่วนบน ขั้นตอนที่ 8 ประเมินแขนส่วนล่าง ขั้นตอนที่ 9 ประเมินข้อมือ ขั้นตอนที่ 10 ประเมินคะแนนของท่าทางในกลุ่ม B ขั้นตอนที่ 11 ประเมินการจับยึดวัตถุ ขั้นตอนที่ 12 สรุปคะแนนรวมในกลุ่ม B ขั้นตอนที่ 13 ประเมินการเคลื่อนไหวและกิจกรรมของงานขั้นตอนที่ 14 หาค่าคะแนน C และขั้นตอนที่ 15 หาค่าคะแนนความเสี่ยงรวมและแปลผลค่าคะแนนความเสี่ยงรวม[10-11]

3. การวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลดังนี้

3.1 ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ แปลค่าความเสี่ยงจากแบบสอบถามส่วนที่ 2 ด้านสภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ ที่ให้ 0 คะแนน สำหรับ ตอบไม่เคย ไม่มี ไม่ใช่ และให้ 1-4 คะแนนตามพฤติกรรมเสี่ยง หลังจากนั้นรวมคะแนน และแปลค่าความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บตามเกณฑ์ในตารางที่ 2

3.2 ความเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน แปลค่าความเสี่ยงจากแบบสอบถามส่วนที่ 4 จำนวน 4 ด้าน โดยให้ 1 คะแนนสำหรับการตอบใช่ และ 0 คะแนนสำหรับการตอบไม่ใช่ รวมคะแนนแต่ละด้านและในภาพรวมแปลค่าตามเกณฑ์ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เกณฑ์การแปลค่าความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง	ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ (คะแนน)	ความเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน (คะแนน)				
		สภาพทั่วไป	ท่าทางในการทำงาน	การเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ	การยกของ	รวม
น้อย	0-10	0-2	0-2	0	0-1	0-8
ปานกลาง	11-17	3-4	3-4	1	2-3	9-13
มาก	18-25	5-6	5-6	2	4-5	14-19

ผลงานวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพร่างกายและสภาพการทำงาน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของพนักงานฝ่ายผลิต พบว่าพนักงานส่วนใหญ่ร้อยละ 57.9 มีอายุระหว่าง 25-29 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 29.63 ปี มี

ระดับการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 89.5 และพนักงานร้อยละ 42.1 มีระยะเวลาการทำงานมากกว่า 8-11 ปี โดยมีอายุงานเฉลี่ย 6 ปี 9 เดือน

1.2 สภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ พบว่า พนักงานมีน้ำหนักเฉลี่ย 68.05 มีความสูงเฉลี่ย 172.3 เซนติเมตร ทุกคนไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีประวัติการประสบอุบัติเหตุร้ายแรง แสดงรายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพนักงานจำแนกตามสภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ (n=19)

ประเด็นพิจารณา		จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้ำหนัก	52-60 กิโลกรัม	2	10.5
	61-68 กิโลกรัม	5	26.3
	69-76 กิโลกรัม	12	63.2
	Mean=68.05, S.D.=6.36, Max.=75, Min.=52 (หน่วย: กิโลกรัม)		
ส่วนสูง	165-170 เซนติเมตร	8	42.1
	171-175 เซนติเมตร	7	36.8
	176-180 เซนติเมตร	4	21.1
	Mean=172.3, S.D.=4.26, Max.=180, Min.=165 (หน่วย: เซนติเมตร)		
ดัชนีมวลกาย	18.5-22.9 (ภาวะโภชนาการปกติ)	9	47.4
(กิโลกรัม/เมตร^2)	23.0-24.9 (ภาวะโภชนาการเกินระดับ 1)	7	36.8
	25.0-29.9 (ภาวะโภชนาการเกินระดับ 2)	3	15.8
ไม่มีโรคประจำตัว		19	100.0
ไม่เคยประสบอุบัติเหตุรุนแรงจนทำให้เกิดการบาดเจ็บ		19	100.0
งานที่ทำมีโอกาสทำให้เกิด	ไม่มี	17	89.5
อาการบาดเจ็บของโครงร่าง	มี	2	10.5
กระดูกและกล้ามเนื้อ			
ไม่ได้นั่งทำงานเกิน 20 นาที		19	100.0
ยืนทำงานเกิน 20 นาที		19	100.0
เดินทำงานเกิน 20 นาที		19	100.0
ใช้มือหรือแขนออกแรงซ้ำ ๆ	ไม่ใช่	5	26.3
ตลอดเวลา	ใช่	14	73.7
การสูบบุหรี่	ไม่เคยสูบ	14	73.7
	เคยสูบเป็นประจำแต่เลิกแล้ว	3	15.8
	สูบเป็นประจำ	2	10.5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพนักงานจำแนกตามสภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ (n=19) (ต่อ)

ประเด็นพิจารณา		จำนวน (คน)	ร้อยละ
การดื่มสุรา เบียร์ หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	ไม่ดื่ม	8	42.1
	ดื่มเป็นนิสัยแต่เลิกแล้ว	1	5.3
	ดื่มนาน ๆ ครั้ง (เดือนละ 0-2 ครั้ง)	8	42.1
	ดื่มทุกสัปดาห์ (เดือนละ 3-4 ครั้ง)	2	10.5

1.3 อาการบาดเจ็บ พบว่า พนักงานมีอาการเมื่อยล้าหลังเลิกงานเป็นบางครั้ง เกือบทั้งหมด ไม่มีอาการเจ็บปวดในรอบ 7 วันที่ผ่านมา อวัยวะที่มีความผิดปกติมากที่สุดคือบริเวณไหล่ รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพนักงานจำแนกตามอาการบาดเจ็บ (n=19)

ประเด็นพิจารณา		จำนวน (คน)	ร้อยละ
รู้สึกเมื่อยล้าหลังเลิกงาน	ไม่เคยเลย	0	0.0
	เป็นบางครั้ง	12	63.2
	เป็นบ่อย ๆ	4	21.1
	เป็นประจำ	3	15.8
ในรอบ 7 วันที่ผ่านมา มีอาการเจ็บปวดหรือรู้สึกไม่สบายตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย	ไม่มีอาการ/ไม่รู้สึกเลย	18	94.7
	มีอาการ/รู้สึกไม่สบาย	1	5.3
อาการผิดปกติบริเวณที่เป็นมากที่สุดและบ่อยครั้งที่สุด	ไหล่	8	42.1
	แขน	6	31.6
	ขา	3	15.8
	คอ	1	5.3
	หลัง	1	5.3
ลักษณะอาการบาดเจ็บ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)	เจ็บหรือปวด	19	100.0
	มีอาการบวม	1	5.3
	มีอาการขัด ยอก	1	5.3
ช่วงระยะเวลาที่มีการอาการผิดปกติมากที่สุด	ก่อนทำงาน	1	5.3
	ในขณะทำงาน	6	31.6
	หลังเลิกงานในแต่ละวัน	4	21.1
	ระยะเวลาเจ็บปวดไม่แน่นอน	8	42.1

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพนักงานจำแนกตามอาการบาดเจ็บ (n=19) (ต่อ)

ประเด็นพิจารณา		จำนวน (คน)	ร้อยละ
การดูแลรักษาตนเองเมื่อพบปัญหาของอาการความเจ็บปวด	ไม่ได้ทำอะไร	6	31.6
	ใช้การบีบนวด	5	26.3
	ซื้อยาแก้อาการเจ็บปวดมากินเอง	8	42.1

ระดับความเจ็บปวดพบว่า พนักงานมีความเจ็บปวดระดับปานกลางสำหรับบริเวณหลังส่วนล่าง หลังส่วนบน และไหล่ โดยไหล่มีค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดสูงที่สุด โดยพนักงานส่วนมากมีอาการเจ็บปวดพักแล้วไม่หายในบริเวณไหล่ และเป็นส่วนที่มีค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงสูงที่สุด

1.4 สภาพแวดล้อมการทำงาน พบว่าพนักงานส่วนมากและทั้งหมดมีสภาพแวดล้อมการทำงานแต่ละด้าน แต่ละประเด็นที่เหมือนกันแสดงรายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าความถี่และร้อยละของพนักงานจำแนกตามลักษณะสภาพแวดล้อมการทำงาน (n=19)

ประเด็นพิจารณา	คำตอบ จำนวน (ร้อยละ)	
	ใช่	ไม่ใช่
1. ด้านสภาพทั่วไป		
1.1 ทำงานอยู่ในจุดใด จุดหนึ่งที่คงที่เป็นเวลามากกว่า 20 นาที	19 (100)	0 (0.0)
1.2 ท่าทางในการทำงานมีผลต่อการเจ็บปวด	17 (89.5)	2 (10.5)
1.3 ลักษณะการทำงานทำให้ต้องอยู่ในท่าทางที่เกร็งกล้ามเนื้อคงที่เป็นเวลานาน หรือต้องออกแรงต่อเนื่องเป็นเวลา 3-5 นาที	19 (100)	0 (0.0)
1.4 ลักษณะงานที่ทำจะต้องออกแรงมากกว่าปกติอยู่ตลอดเวลา	18 (94.7)	1 (5.3)
1.5 ลักษณะงานที่ทำอยู่ต้องเพ่งสายตา จดจ่อเป็นอย่างมาก ต่อเนื่องเป็นเวลา 3-5 นาที	19 (100)	0 (0.0)
1.6 ลักษณะงานที่ทำก่อให้เกิดความเครียดเป็นอย่างมาก	1 (5.3)	18 (94.7)
2. ด้านท่าทางในการทำงาน		
2.1 ต้องยืนทำงานเป็นเวลามากกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทำงานทั้งหมด	19 (100)	0 (0.0)
2.2 ต้องเอื้อมมือหยิบจับสิ่งของหรือเครื่องมือเป็นประจำ	19 (100)	0 (0.0)
2.3 ต้องบิดตัวหรือเอี้ยวตัวเป็นประจำ	19 (100)	0 (0.0)
2.4 ต้องลงน้ำหนักของตัวไปข้างใดข้างหนึ่ง หรืออยู่ในท่าที่ไม่สมดุลเป็นประจำ	19 (100)	0 (0.0)
2.5 ต้องนั่งทำงานเป็นเวลามากกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทำงานทั้งหมด	1 (5.3)	18 (94.7)
2.6 ในกรณีที่ไม่มีเก้าอี้ ต้องนั่งยอง ๆ ในการทำงานเป็นประจำ	0 (0.0)	19 (100)

ตารางที่ 5 ค่าความถี่และร้อยละของพนักงานจำแนกตามลักษณะสภาพแวดล้อมการทำงาน (n=19)

ประเด็นพิจารณา	คำตอบ จำนวน (ร้อยละ)	
	ใช่	ไม่ใช่
3. ด้านการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ		
3.1 ลักษณะการทำงานมีการใช้มือหรือแขนเคลื่อนไหวซ้ำกัน หรือเหมือนกันตลอดเวลา หรือเป็นช่วงจังหวะที่มีความถี่อย่างรวดเร็ว	19 (100)	0 (0.0)
3.2 ลักษณะของการทำงานจำเป็นจะต้องออกแรงในการบีบหรือจับของมือในการเคลื่อนไหว	19 (100)	0 (0.0)
4. ด้านการยกของ		
4.1 ขณะทำงานมีการยกของที่มีน้ำหนักมากกว่า 30 กิโลกรัม	19 (100)	0 (0.0)
4.2 ขณะทำงานมีการยกของที่มีน้ำหนักมากกว่า 10 กิโลกรัม บ่อย ๆ	19 (100)	0 (0.0)
4.3 ของที่ยกมีลักษณะเป็นก้อนใหญ่ ไม่มั่งคง ไม่มีที่จับ ถือลำบาก	16 (84.2)	3 (15.8)
4.4 ต้องยกของห่างจากลำตัว	17 (89.5)	2 (10.5)
4.5 ต้องยกของอยู่เหนือไหล่ หรือมืออยู่ต่ำกว่าเข่า	4 (21.1)	15 (78.9)

2. ผลการประเมินความเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมการทำงานและความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ

พนักงานทุกคนมีความเสี่ยงโดยรวมระดับมาก และทุกด้านอยู่ในระดับมาก สำหรับความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ พบว่าพนักงานทั้งหมด มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บระดับน้อย

3. ผลการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในการทำงาน

3.1 ผลการประเมินความเสี่ยงของท่าทางการทำงานของพนักงานสายการผลิตเครื่องยนต์ดีเซล จำนวน 8 คน พบว่าพนักงานทั้งหมด มีคะแนนความเสี่ยง 10 คะแนนซึ่งจัดอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง เช่นเดียวกับพนักงานสายการผลิตเครื่องกำเนิดไฟฟ้า ทั้งหมดจำนวน 11 คน มีคะแนนความเสี่ยง 12 คะแนน อยู่ในระดับสูงมาก

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า พนักงานมีอาการบาดเจ็บของระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ รองลงมาได้แก่ หลังส่วนบน และหลังส่วนล่าง และมีค่าเฉลี่ยของความรุนแรงสูงที่สุด คือบริเวณไหล่ รองลงมาได้แก่ หลังส่วนล่าง และหลังส่วนบน ทั้งนี้สอดคล้องกับลักษณะสภาพแวดล้อมการทำงานของพนักงานฝ่ายผลิตที่พบว่า พนักงานทุกคนยืนทำงานเป็นเวลานานและมีการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ของมือหรือแขนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งลักษณะการเคลื่อนไหวและการออกแรงของกล้ามเนื้อลักษณะนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อความเมื่อยล้าและการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อมากขึ้น

โดยพบว่ามีพนักงานจำนวน 1 คนที่มีความเจ็บปวดในระดับมากจนทนไม่ไหวที่บริเวณสะโพก ต้นขา และน่อง รวมทั้งอาการ ดังกล่าวพักแล้วไม่หาย โดยเป็นพนักงานคนเดียวกัน จากข้อมูล

ทั่วไปพนักงานมีอายุ 35 ปี ทำงานมานาน 3 ปี 6 เดือน ในหน้าที่เตรียมเครื่องยนต์ พนักงานมีน้ำหนัก 73 กิโลกรัม และส่วนสูง 168 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 25.86 จึงมีภาวะโภชนาการเกินระดับ 2 (BMI 25.0-29.9) หรือรูปร่างอ้วน ดังนั้นคาดว่าจะเป็นภาวะการบาดเจ็บทางร่างกายของบุคคล แต่ทั้งนี้พนักงานทำงานในสายการผลิตเครื่องกำเนิดไฟฟ้าซึ่งมีความเสี่ยงในภาพรวมสูงกว่าสายการผลิตเครื่องยนต์ดีเซล ฝ่ายผลิตอาจพิจารณาลักษณะท่าทางการทำงานของพนักงานรายบุคคลเพื่อปรับปรุงตำแหน่งงาน และสภาพ แวดล้อมการทำงานให้สอดคล้องกับบุคคล เพื่อป้องกันการเจ็บปวดเรื้อรังถึงระบบโครงสร้างและกระดูก

ผลการศึกษาพบว่าไหล่และแขนเป็นส่วนของร่างกายที่พนักงานมีอาการผิดปกติบริเวณที่มากที่สุดและบ่อยครั้งที่สุด ปัญหาที่พบนี้เป็นปัญหาด้านการยศาสตร์สาเหตุจากปัจจัยงาน (Job factor) ทางด้านกายภาพ ความล้าของกล้ามเนื้อ (Muscular fatigue) ทั้งการออกแรงกล้ามเนื้อแบบสถิติ (Static effort) คือ ลักษณะที่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน และการออกแรงกล้ามเนื้อที่มีการเคลื่อนไหวแบบพลวัต (Dynamic effort) คือลักษณะท่าทางที่มีการเคลื่อนที่ กล้ามเนื้อมีการทำงานตลอดเวลาทั้งกล้ามเนื้อบีบตัวและคลายตัว[1]

เช่นเดียวกับผลการศึกษาปัญหาทางการยศาสตร์ในอุตสาหกรรมการผลิตเครื่องยนต์และรถยนต์ที่มีลักษณะการทำงานที่ต้องใช้แรงกาย มีการยืนทำงานอย่างต่อเนื่อง ด้วยท่าทางการทำงานซ้ำ ๆ ที่พนักงานพบปัญหาอย่างมากในส่วนของร่างกาย ได้แก่ คอ ไหล่ส่วนบน สะโพก แขน ข้อมือ ต้นขา และน่อง[12] ซึ่งการออกแบบสถานีงานในระบบการผลิตที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ประสิทธิภาพลดลงและก่อให้เกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก (MSDs) มีค่าใช้จ่ายสูงต่อสังคม บริษัท และบุคคลที่ได้รับผลกระทบ ทั้งนี้พบว่าอาการบาดเจ็บที่กล้ามเนื้อและกระดูกบริเวณหลังส่วนล่างมีความสัมพันธ์อย่างมากกับท่าทางการทำงานของลำตัว ผู้ปฏิบัติงานที่มีการโค้งงอของลำตัวสูง มีความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกสูงกว่า 4.2 เท่า เช่นเดียวกับการเปลี่ยนท่าทางของลำตัวอย่างรวดเร็วก็ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงขึ้น 2.9 เท่าเช่นกัน[13]

ทั้งนี้ผลการศึกษาพบว่าความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของพนักงานอยู่ในระดับน้อย โดยพิจารณาจากสภาวะสุขภาพของพนักงาน ได้แก่ โรคประจำตัว การประสบอุบัติเหตุ การบาดเจ็บจากการทำงาน การบาดเจ็บของโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ ประวัติการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน ลักษณะการทำงาน งานอดิเรก การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แสดงให้เห็นว่าโอกาสของพนักงานฝ่ายผลิตที่จะได้รับการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงานในภาพรวมมีน้อย ในขณะที่ผลการศึกษาพบว่าความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในการทำงานอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก ที่หมายถึงพนักงานมีโอกาสที่จะเกิดความเมื่อยล้าจากปัจจัยเรื่องการปฏิบัติงานสูงกว่าจากสภาวะสุขภาพส่วนบุคคลของพนักงาน

แม้การศึกษาครั้งนี้จะดำเนินงานเพียงสองสายการผลิตจากสายการผลิตทั้งหมดจำนวนสามสายการผลิต แต่จากลักษณะของกิจกรรมการผลิต รวมทั้งผลผลิตที่มีลักษณะเดียวกันคือ

เครื่องจักรกลทางการเกษตร สถานประกอบการจึงสามารถนำผลการศึกษา ได้แก่ ผลการประเมินสภาพร่างกาย การทำงาน และความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของพนักงานฝ่ายผลิต นำไปใช้เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ ด้วยการปรับปรุงท่าทางการทำงานได้ในหลายวิธี ได้แก่ การจัดฝึกอบรมเรื่องท่าทางการยกของ การเคลื่อนไหวและการใช้แรงในการทำงานซ้ำ ๆ โดยการปรับสภาพแวดล้อมการทำงาน ได้แก่ การปรับความสูงของโต๊ะทำงาน จัดที่วางเครื่องมือให้เข้าถึงง่าย ใช้โต๊ะที่สามารถปรับความสูงได้จะช่วยลดการยืด บิดเอี้ยว หรือก้มตัวซ้ำ ๆ ที่มีผลต่อความล้าและการปวดเมื่อยหลัง รวมทั้งบริเวณไหล่ และคอ การใช้เก้าอี้สูงกึ่งนั่งกึ่งยืนที่ช่วยลดภาระการใช้แรงส่วนขา รวมทั้งช่วยให้พนักงานสามารถเปลี่ยนท่าทางการทำงานในบางกิจกรรมได้

เอกสารอ้างอิง

1. ปางก์เพ็ญ เหลืองเอกทิน. การยศาสตร์ (Ergonomics) [อินเตอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569]; เข้าถึงได้จาก: https://www.calameo.com/read/005268858de0195c4ef82.
2. ดวงดาว ยาศรี. ปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของพนักงานในโรงงานผลิตโซฟา. [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2563.
3. ไตรภพ บางสาลี, นพรุจ คงเกิด, วิภาดา ศรีเจริญ. การสำรวจปัญหาทางการยศาสตร์ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในตำบลมะตูม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2566;16:124-37.
4. ธมนภัทร นิยม, มงคล รัชชะ, เสรีย์ ตู้ประกาย, นันท์นภัสร อินยิ้ม, สิรวัลภ์ เรืองช่วย ตู้ประกาย , พรนิภา บริบูรณ์สุขศรี. การปรับปรุงสถานีงานและท่าทางการบรรจุสินค้าเพื่อลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของพนักงาน: กรณีศึกษาบริษัทกระจายสินค้าแห่งหนึ่ง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567;19:10-6.
5. สุดารัตน์ กองเกิด. การพัฒนาระบบการดำเนินงานการยศาสตร์ของพนักงานทำความสะอาดในสถานประกอบกิจการแห่งหนึ่งจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2566.
6. ฝ่ายบุคคลและธุรการ. สถิติการบาดเจ็บและเจ็บป่วยของพนักงาน. สมุทรปราการ: บริษัท พลวัชร์เครื่องยนต์ จำกัด; 2568.
7. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sorensen F, Andersson G, et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Applied Ergonomics 1987;18:233-7.
8. กรมควบคุมโรค. แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนด้านการยศาสตร์สำหรับเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยปฐมภูมิ. [อินเตอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569]; เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1319720220921082619.pdf.
9. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 1951;16:297-334.

10. งานด้านการยศาสตร์ในประเทศไทย. หลักการประเมินด้านการยศาสตร์ (Ergonomics assessment). [อินเตอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569]; เข้าถึงได้จาก: https://thai-ergonomic-assessment.blogspot.com/search/label/Ergonomics.
11. Hignett S, McAtamney L. Rapid entire body assessment (REBA). Applied Ergonomics 2000;31:201-5.
12. Innocent FN, Kapil G. Ergonomics interventions in the case of automotive manufacturing for improving performance and well-being. Eng. Proc. 2025;114:1-11.
13. Patrick WN. Production ergonomics identifying and managing risk in the design of high-performance work systems [Doctoral Thesis]. Goteborg, Sweden: Lund University; 2004.

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอดต่อการเผชิญความปวด ระยะเวลาการคลอด วิธีการคลอด และความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาลในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก

สุภาภรณ์ ศิริวัฒนชัยศิลป์[1*], ฉายวสันต์ คุณอุดม[2]

(วันที่รับบทความ: 6 เมษายน 2569, วันที่แก้ไข: 17 กรกฎาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 3 สิงหาคม 2569)

บทคัดย่อ

การคลอดส่งผลให้ผู้คลอดเผชิญกับความปวดและกังวล ซึ่งกระทบต่อความก้าวหน้าและประสบการณ์การคลอด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอดต่อการเผชิญความปวด ระยะเวลาการคลอด วิธีการคลอด และความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาลในระยะคลอด ดำเนินการ ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 แบ่งเป็น 2 ระยะตามรูปแบบไอโอวา ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 15 เรื่อง ตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และประเมินคุณภาพด้วยเกณฑ์ AGREE II โดยพยาบาลวิชาชีพ 14 ราย ระยะที่ 2 การศึกษากึ่งทดลองในผู้คลอดครรภ์แรกอายุ 20–34 ปี จำนวน 46 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม (ดูแลปกติ) 23 ราย และกลุ่มทดลอง (ได้รับแนวปฏิบัติการดูแลโดยมีเพื่อนผู้คลอด) 23 คู่ เครื่องมือดำเนินการ คือ แนวปฏิบัติฯ 4 องค์ประกอบ ร่วมกับสื่อวิดีทัศน์ เครื่องมือวัดผลได้แก่ แบบประเมินการเผชิญความปวด และแบบวัดความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาลในระยะคลอด วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test, Mann-Whitney U test, Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการเผชิญความปวดและระดับความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาลในระยะคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) ทว่าระดับความปวดขณะรอคลอด ระยะเวลารอคลอดและวิธีการคลอดระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) สะท้อนว่าช่วยในการเผชิญความปวดและเพิ่มความพึงพอใจของผู้คลอด ควรนำไปใช้พัฒนาคุณภาพการดูแลในระยะคลอดและศึกษาในบริบทอื่นต่อไป

คำสำคัญ: เพื่อนผู้คลอด, แนวปฏิบัติการพยาบาล, การเผชิญความปวด, ระยะเวลารอคลอด, ความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาลในระยะคลอด

---

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, [2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

[1-2] ห้องคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

*Corresponding author: สุภาภรณ์ ศิริวัฒนชัยศิลป์ e-mail: mee4809223@gmail.com

Development and Evaluation of Clinical Practice Guidelines for Labor Care with a Birth Companion on Pain Coping, Labor Duration, Delivery Mode, and Satisfaction with Intrapartum Nursing Care among Primiparous Women

Supaporn Siriwattanachaisin[1*], Chaywasan khunudom[2]

(Received: 6th April 2026, Revised: 17th July 2026, Accepted: 3rd August 2026)

Abstract

Childbirth induces labor pain and anxiety, which negatively impact labor progression and the overall childbirth experience. This research and development study aimed to develop and evaluate clinical nursing practice guidelines utilizing a labor support model, assessing its effects on labor pain coping, duration of labor, mode of delivery, and satisfaction with intrapartum care among primiparas. Conducted at the Labor and Delivery Room, Khon Kaen Hospital, from December 2025 to March 2026, the study was divided into two phases guided by the Iowa Model. Phase 1 involved guideline development through a systematic review of 15 studies, content validity verification by 5 experts, and quality appraisal using the AGREE II instrument by 14 registered nurses. Phase 2 was a quasi-experimental study among 46 primiparous women aged 20–34 years, selected via purposive sampling and assigned to a control group (standard care, n = 23) or an experimental group (labor companionship CPGs, n = 23). Intervention tools included the 4-component CPGs paired with an educational video. Outcome evaluations were performed at the end of the first stage of labor using a labor pain coping scale and a questionnaire on satisfaction with intrapartum nursing care. Quantitative data were systematically analyzed using Independent t-test, Mann-Whitney U test, Chi-square test, and Fisher's exact test.

The results revealed that the experimental group had significantly higher scores in pain coping and satisfaction with intrapartum nursing care compared to the control group ($p < .001$ and $p < .001$, respectively). However, no statistically significant differences were observed between the two groups regarding labor pain intensity, duration of labor, and mode of delivery ($p > .05$). These findings indicate that the guidelines enhance pain coping ability and maternal satisfaction, suggesting their application to improve the quality of intrapartum nursing care and further evaluation in other contexts.

Keywords: Birth companion, nursing practice guidelines, pain coping, duration of labor, satisfaction with intrapartum nursing care

[1]Registered Nurse (Professional Level), [2]Professional Nurse (Specialized Level)

[1-2]Labour Room, Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province

*Corresponding author: Supaporn Siriwattanachaisin e-mail: mee4809223@gmail.com

บทนำ

การคลอดเป็นประสบการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความเจ็บปวดจากการหดรัดตัวของมดลูกและความวิตกกังวลมักทำให้ผู้คลอดสูญเสียการควบคุมตนเองและต้องการการสนับสนุนอย่างใกล้ชิด[1] แม้พยาบาลผดุงครรภ์จะมีบทบาทหลักในการดูแล แต่ด้วยภาระงานและข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง เช่น การจำกัดสิทธิ์ญาติเยี่ยม ทำให้ผู้คลอดขาดการสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจอย่างต่อเนื่อง[2] ส่งผลให้เกิดการร้องขอผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางแพทย์มากขึ้น สะท้อนจากอัตราการผ่าตัดคลอดของประเทศไทยปี พ.ศ. 2565–2567 ที่สูงถึงร้อยละ 35, 36 และ 37 ตามลำดับ[3] ขณะที่โรงพยาบาลขอนแก่นมีอัตราสูงถึงร้อยละ 47.47, 48.43 และ 53.15 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ไม่เกินร้อยละ 15 อย่างมาก ปรากฏการณ์นี้สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลที่มุ่งเน้นการสนับสนุนทางจิตใจระหว่างการคลอดเพื่อส่งเสริมประสบการณ์การคลอดเชิงบวก

การขาดการสนับสนุนที่เพียงพอในระยะคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสรีรวิทยา อธิบายได้ตามทฤษฎี Fear-Tension-Pain[4] โดยความกลัวและความ เครียดจะกระตุ้นระบบ Fight or Flight หลั่งฮอร์โมน Cortisol, Adrenaline และ Noradrenaline[5] ทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ขัดขวางความก้าวหน้าของการคลอด และเสี่ยงต่อผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย[6] ด้านจิตใจ มารดาจะรู้สึกไม่ปลอดภัย เสียความมั่นใจ เพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด[7] รบกวนการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินและโปรแลคติน ซึ่งจำเป็นต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่[8] นอกจากนี้ฮอร์โมนความเครียดที่สูงขึ้นยังลดการไหลเวียนเลือดไปสู่ทารก เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน คะแนน Apgar ต่ำ และเพิ่มอัตราการย้ายเข้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU[6,9] รบกวนการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระยะแรกเกิด[10]

สาเหตุและปัญหาการขาดการสนับสนุน: เกิดจากภาระงานและภาวะขาดแคลนพยาบาล ข้อจำกัดพื้นที่ ความเป็นส่วนตัว และมาตรการควบคุมการติดเชื้อ ทำให้บุคคลใกล้ชิดเข้าร่วมไม่ได้ ผู้คลอดจึงเกิดความวิตกกังวลและเผชิญความปวดลำพัง[11-15] ประกอบกับขาดความรู้เรื่องสิทธิ และการบริการที่เน้นแนวทางทางการแพทย์มากกว่าจิตสังคม[11,16] โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นตติยภูมิขั้นสูง แม้มีนโยบายส่งเสริมการคลอดธรรมชาติแต่ด้วยบริบทห้องคลอดรวมและอัตรากำลังจำกัด จึงให้เยี่ยมเพียงวันละ 2 ครั้ง การขาดการดูแลแบบหนึ่งต่อหนึ่งอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้คลอดครรภ์แรกเผชิญความกลัวและความปวดโดยลำพัง นำไปสู่การร้องขอผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แม้มีหลักฐานสากลยืนยันประโยชน์ของการมีเพื่อนผู้คลอด แต่การประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิของไทยยังพบช่องว่างองค์ความรู้จากข้อจำกัดโครงสร้างและอัตรากำลัง ส่งผลให้ยังขาดแนวปฏิบัติเฉพาะบริบทการศึกษานี้จึงพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อน ผู้คลอด ห้องคลอด โรงพยาบาล

ขอนแก่น เพื่อสร้างระบบการดูแลบนฐานหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอด ห้องคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น

2. เพื่อประเมินและเปรียบเทียบผลลัพธ์ (ความสามารถในการเผชิญความปวด ระยะเวลาการคลอด, วิธีการคลอด และความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาลในระยะคลอด) ระหว่างกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอดมีคะแนนความสามารถในการเผชิญความปวดเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ

2. ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ

3. ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอด มีสัดส่วนการคลอดปกติทางช่องคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ

4. ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอด มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาลในระยะคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care ดำเนินการแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอด สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบ PICO จากฐานข้อมูล PubMed, Cochrane Library, ScienceDirect และ TCI (ย้อนหลัง 10 ปี) ได้วรรณกรรม 15 เรื่อง นำมาประเมินคุณภาพด้วยเกณฑ์ JBI และสังเคราะห์ร่วมกับบริบทพื้นที่ จากนั้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทดลองใช้ (Pilot study) ในผู้คลอด 10 คู่ และประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติด้วยเครื่องมือ AGREE II โดยพยาบาลวิชาชีพ 14 ราย

ระยะที่ 2 ระยะประเมินผลลัพธ์การนำใช้แนวปฏิบัติ ใช้การออกแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลภายหลัง (Posttest-only design) โดยจัดลำดับการเก็บข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Sequential group allocation) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล (Contamination) ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบถ้วนก่อน จากนั้นจึงเริ่มดำเนินการในกลุ่มทดลอง

การกำหนดขนาดและการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 (พัฒนาแนวปฏิบัติ) คัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดที่มีประสบการณ์ ≥ 3 ปี 14 ราย ผู้คลอดและเพื่อนผู้คลอด 10 คู่ เพื่อ

ทดสอบความเป็นไปได้และหาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ สำหรับระยะที่ 2 ระยะประเมินผลลัพธ์การนำใช้แนวปฏิบัติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (Consecutive Sampling) เป็นผู้คลอดครรภ์แรก อายุ 20–34 ปี 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 23 ราย และกลุ่มทดลอง 23 คู่ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power (Independent t-test, One-tailed, α = .05, Power = .80, Effect size = 0.80 โดยอ้างอิงจากผลการศึกษาของ Valladares-Neto J.[17] เผื่อการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop-out rate) ร้อยละ 10 การเข้าถึงโดยผู้ช่วยพยาบาลเป็นผู้ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล พยาบาลที่ไม่ใช่ผู้ดูแลเป็นผู้ชี้แจงข้อมูลและขอเอกสารยินยอมกลุ่มผู้คลอด ณ ห้องรับใหม่ ในระยะ Latent phase (≤ 4 ซม.) ผู้คลอดคัดเลือกเพื่อนผู้คลอด พยาบาลที่ไม่ใช่ผู้ดูแลเป็นผู้ชี้แจงข้อมูลและขอเอกสารยินยอม เตรียมพร้อมผ่านสื่อวิดีทัศน์ สาธิตการบรรเทาปวดในระยะ Latent phase เพื่อปฏิบัติในระยะ Active phase จนถึงปากมดลูกเปิดหมด ทั้งนี้ป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลโดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมครบก่อนจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments)

เครื่องมือแบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (CVI และความเชื่อมั่น Cronbach's alpha 0.70) ดังนี้:

เครื่องมือเพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติระยะที่ 1 เครื่องมือเพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติระยะที่ 1 ใช้ฐานข้อมูลวิชาการ (PubMed, Cochrane ฯลฯ) ร่วมกับแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ JBI และแบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติคลินิก (AGREE II) ในระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอด ผู้วิจัยได้ใช้กรอบ PICO Framework ในการสืบค้นข้อมูล P: ผู้คลอดครรภ์แรก, I: รูปแบบเพื่อนผู้คลอด/การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง, C: การดูแลตามมาตรฐานปกติ, O: การเผชิญความปวด ระยะเวลาการคลอด วิธีการคลอด และความพึงพอใจ โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed, Cochrane Library, ScienceDirect และคลังข้อมูลวิชาการไทย (TCI) ย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี (ค.ศ. 2016–2026) โดยใช้คำสำคัญ (Keywords) ได้แก่ "birth companion", "labor support", "continuous support in labor", "primiparous", "pain coping", "labor care guideline" จากการสืบค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์รวมทั้งสิ้น 135 เรื่อง คัดเลือกและประเมินคุณภาพด้วยเครื่องมือ JBI และ AGREE II ได้หลักฐานเชิงประจักษ์คุณภาพสูงตรงตามเกณฑ์ 15 เรื่อง (ระดับ 1a = 4, Level 1b = 3, Level 2a = 5 และ Level 3d = 3 เรื่อง) นำมาสังเคราะห์เป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดฉบับร่าง

เครื่องมือเพื่อการศึกษาผลลัพธ์ 1) แนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอด (ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ การเตรียมความพร้อม, การสนับสนุนระยะที่ 1, การจัดการสิ่งแวดล้อมและการดูแล 2 ชั่วโมงหลังคลอด) 2) สื่อวิดีทัศน์ (7.48 นาที) ที่ปรับปรุงเนื้อหาเพิ่มบทบาทของเพื่อนผู้คลอดและการสนับสนุนทางอารมณ์

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลระยะที่ 2

ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

1. **แบบประเมินการเผชิญความปวดระหว่างรอคลอด** แบ่งเป็น แบบประเมินระดับความปวด (Numeric Rating Scale: NRS, 0–10 คะแนน) และแบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความปวด จำนวน 10 ข้อ (Likert scale 5 ระดับ , 10–50 คะแนน)

2. **แบบวัดความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาลในระยะคลอด** จำนวน 15 ข้อ (Likert scale 5 ระดับ, 15–75 คะแนน) ครอบคลุมการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และการสนับสนุนขณะคลอด เครื่องมือชุดที่ 1 และ 2 ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (I-CVI และ S-CVI/Ave = 1.00 ทุกข้อ) และทดสอบความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน 10 คู่ ได้ค่าเท่ากับ .82 และ .89 ตามลำดับ

3. แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล เพื่อประเมินความสอดคล้องและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Adherence and Feasibility) พบว่าพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติได้เฉลี่ยร้อยละ 89.13 ยืนยันความตรงภายใน (Internal validity) ของกิจกรรมการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำร่างแนวปฏิบัติและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 5 ชุด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (พยาบาลชำนาญการ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และสูตินรีแพทย์ 1 ท่าน) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบค่า I-CVI และ S-CVI เท่ากับ 1.00 ทุกชุด ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 0.90 ขึ้นไป[18] จึงสรุปได้ว่า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุดมีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดีเยี่ยม และมีความเหมาะสมในการนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอด

ใช้แบบประเมิน The Appraisal of Guideline for Research & Evaluation Instrument (AGREE II) เพื่อประเมินผลคุณภาพแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอดห้องคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ยอมรับโดยทั่วไปที่ใช้ในการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอด โดยเก็บข้อมูลความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 14 ท่านที่มีต่อแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอด

การดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Process)

การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ (Research and Development) ดังนี้:

- **ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (R1-D1-Pilot-D2):** วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาทบทวนวรรณกรรมด้วย PICO Framework ร่างแนวปฏิบัติและเครื่องมือ นำไปทดลองใช้ (Pilot Study) กับผู้คลอด 10 ราย และประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติด้วย AGREE II โดยพยาบาลวิชาชีพรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

- **ระยะที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ (Quasi-Experimental Design):** จัดประชุมพยาบาลวิชาชีพ 14 รายโดยแจ้งให้พยาบาลที่ไม่ได้ดูแลเป็นผู้ขอความยินยอมเพื่อลดความอคติ จากนั้นเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุม (23 ราย) ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติให้เสร็จสิ้นก่อนเก็บกลุ่มทดลอง

(23 คู่) ที่ใช้แนวปฏิบัติฯ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล

• **การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ลงรหัส และบันทึกข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS Version 28.0.1.0 โดยได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติสำหรับการทดสอบทั้งหมดไว้ที่ .05 ($p < .05$) ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปและเชิงพรรณนาของผู้คลอดและพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงกลุ่ม (Categorical Data) ได้แก่ วิธีการคลอด ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก การได้รับยาแก้ปวด และยากระตุ้นการคลอด เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test (กรณีความถี่คาดหวังในเซลล์น้อยกว่า 5)

3. ข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous Data) ได้แก่ อายุ น้ำหนักทารก ปริมาณการสูญเสียเลือด ระยะเวลาการคลอด และคะแนนรวมการเผชิญความปวด ทดสอบการแจกแจงปกติด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test แล้วเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test (กรณีแจกแจงปกติ) หรือ Mann-Whitney U test (กรณีแจกแจงไม่ปกติ)

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากคำถามปลายเปิด ได้แก่ ข้อมูลบันทึกเหตุผลและข้อจำกัดในการไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอดในบางกิจกรรมของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์และสรุปประเด็นสำคัญด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น รหัสโครงการ KEF68051 (อนุมัติเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2568) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา ดังนี้

ระยะที่ 1: ผลการพัฒนาและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ผลการประเมินคุณภาพเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่าแนวปฏิบัติมีค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (S-CVI) เท่ากับ 1.00 และผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้จริงจำนวน 14 ราย ด้วยเครื่องมือ AGREE II แสดงผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยร้อยละของระดับคุณภาพแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอดจำแนกรายหมวด

หมวดการประเมินตามเกณฑ์ AGREE II	คะแนนเฉลี่ยร้อยละ	ระดับคุณภาพ
หมวดที่ 1: ขอบเขตและวัตถุประสงค์ (Scope and Purpose)	93.90	สูงมาก
หมวดที่ 2: การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Involvement)	95.90	สูงมาก
หมวดที่ 3: ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ (Rigor of Development)	96.50	สูงมาก
หมวดที่ 4: ความชัดเจนของการนำเสนอ (Clarity of Presentation)	92.40	สูงมาก
หมวดที่ 5: การนำไปใช้ (Applicability)	95.80	สูงมาก
หมวดที่ 6: ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ (Editorial Independence)	98.48	สูงมาก
คะแนนภาพรวมเฉลี่ยของแนวปฏิบัติ (Overall Assessment)	**95.40**	**สูงมาก**

ระยะที่ 2 : ผลการประเมินผลลัพธ์เชิงคลินิกของการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้คลอดครรภ์แรกทั้งสองกลุ่ม (อายุเฉลี่ย, อายุครรภ์, ระดับการศึกษา, รายได้ และข้อมูลทางสูติกรรมแรกรับ) จากการวิเคราะห์สถิติ Independent t-test, Mann-Whitney U test และ Chi-square test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สำหรับผลลัพธ์เชิงคลินิกหลังการทดลองแสดงผลเปรียบเทียบดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงคลินิก (ความสามารถในการเผชิญความปวด ระยะเวลาการคลอด, วิธีการคลอด และความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาลในระยะคลอด)ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 46)

ตัวแปรผลลัพธ์เชิงคลินิก	กลุ่มควบคุม (n=23)	กลุ่มทดลอง (n=23)	ค่าสถิติ	p-value
1. คะแนนความสามารถในการเผชิญความปวด (Mean ± SD)	12.57±3.58	22.57± 2.25	-11.36^t	<.001*
2. คะแนนความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาลในระยะคลอด (Mean ± SD)	3.07±0.87	4.63±0.37	-7.77^t	<.001*
3. ระดับความปวดขณะรอคลอด (NRS) (Mean ± SD)	5.76± 1.54	5.70±1.12	0.15^t	.887
4. ระยะเวลาการคลอดรวม (ชั่วโมง) (Mean ± SD)	9.21± 10.79	10.74± 11.85	-0.46^t	.757

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงคลินิก (ความสามารถในการเผชิญความปวด ระยะเวลาการคลอด, วิธีการคลอด และความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาลในระยะคลอด)ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 46) (ต่อ)

ตัวแปรผลลัพธ์เชิงคลินิก	กลุ่มควบคุม (n=23)	กลุ่มทดลอง (n=23)	ค่าสถิติ	p-value
5. วิธีการคลอด [จำนวน (ร้อยละ)]			0.00[a]	1.000
- คลอดปกติทางช่องคลอด (NL)	12 (52.20%)	12 (52.20%)		
- ผ่าตัดคลอด (Cesarean Section)	10 (43.50%)	10 (43.50%)		
- ใช้หัตถการช่วยคลอด (In instrumental)	1 (4.30%)	1 (4.30%)		
6. ความเที่ยงตรงการปฏิบัติของพยาบาล (Fidelity)	-	89.13%	-	-

[t] Independent t-test, [a] Chi-square test

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วนตามระยะของการศึกษา ดังนี้

ส่วนที่ 1 การพัฒนาและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ

ผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติด้วยเครื่องมือ AGREE II จากพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้จริงจำนวน 14 ราย ในระยะที่ 1 ได้คะแนนภาพรวมร้อยละ 95.40 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์สูง โดยหมวดความเป็นอิสระของบรรณาธิการและหมวดความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำได้คะแนนสูงสุด (ร้อยละ 98.48 และ 96.50 ตามลำดับ) ผลดังกล่าวสะท้อนว่ากระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติตามกรอบ Iowa Model ร่วมกับการสืบค้นหลักฐานด้วย PICO Framework การประเมินคุณภาพวรรณกรรมตามเกณฑ์ JBI และการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (S-CVI เท่ากับ 1.00) ส่งผลให้แนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือเพียงพอสำหรับนำไปทดสอบประสิทธิผลในระยะที่ 2 ต่อไป ในขณะที่หมวดความชัดเจนของการนำเสนอได้คะแนนต่ำสุด (ร้อยละ 92.40) ซึ่งสะท้อนว่าเนื้อหาของแนวปฏิบัติยังมีรายละเอียดค่อนข้างมาก อันอาจเป็นข้อจำกัดเมื่อนำไปเผยแพร่ใช้จริงในวงกว้าง

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์เชิงคลินิกของการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามลำดับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ดังนี้

1. ผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอดที่พัฒนาขึ้น มีคะแนนการเผชิญความปวดมากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนรวมการเผชิญความปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน ($p < .001$) ในขณะที่ระดับความปวดที่ประเมินด้วย Numeric Rating Scale (NRS) ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการมีเพื่อนผู้คลอดไม่ได้ส่งผลต่อการลดพยาธิสภาพของความเจ็บปวดเชิงสรีรวิทยาโดยตรง แต่มีบทบาทในการเสริมศักยภาพและการรับรู้ความสามารถของผู้คลอดในการจัดการกับความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎี Fear-Tension-Pain ของ Dick-Read [1,4] ที่ระบุว่าการสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจอย่างต่อเนื่องช่วยลดความกลัวและความตึงเครียด ส่งผลให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความปวดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Phumdoung และ Youngvanichsetha[11] นอกจากนี้กิจกรรมการสนับสนุนทางกายภาพ ทั้งการนวดสัมผัส ประคบอุ่น และการจัดท่า เบี่ยงเบนความสนใจและลดการส่งสัญญาณปวดตามทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) ทั้งยังสอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก[7] ที่กำหนด ให้การมีเพื่อนผู้คลอดที่เลือกเอง เป็นมาตรฐานการดูแลเพื่อส่งเสริมประสบการณ์การคลอดเชิงบวก

2. ผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอดมีระยะเวลารอคลอดน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาการคลอดรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (p = .757) รวมถึงระยะเวลาในแต่ละระยะของการคลอด ซึ่งสามารถอธิบายได้ โดยระยะเวลาการคลอดเป็นตัวแปรที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางสรีรวิทยาและปัจจัยสูติศาสตร์ที่อยู่นอกเหนือการควบคุม เช่น ท่าทารก ขนาดเชิงกราน ความพร้อมของปากมดลูก และการได้รับยากระตุ้นการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญใจและคณะ[5] ที่พบว่าความเจ็บปวดมีอิทธิพลต่อระยะเวลาการคลอดร่วมกับปัจจัยทางสรีรวิทยาอื่น ๆ ซึ่งการสนับสนุนทางจิตสังคมเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงระยะเวลาการคลอดอย่างมีนัยสำคัญประกอบกับบริบทเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่รับผู้คลอดที่มีความซับซ้อนสูง ส่งผลให้ระยะเวลาการคลอดแตกต่างจากสถานพยาบาลระดับอื่นสอดคล้องกับการศึกษาของ Senanayake และคณะ[12] ที่พบว่าในโรงพยาบาลระดับภูมิภาคที่นำแนวทางของ WHO ไปปฏิบัติ ผลลัพธ์ด้านระยะเวลาการคลอดยังคงขึ้นอยู่กับบริบทของสถานพยาบาลและความซับซ้อนของผู้คลอดเป็นสำคัญ

3. ผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอดมีสัดส่วนการคลอดทางช่องคลอดปกติสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า สัดส่วนวิธีการคลอดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่มตัวอย่างสูงถึงร้อยละ 43.50 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ร้อยละ 10 - 15[7] ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการคลอดถูกกำหนดโดยข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และความปลอดภัยของมารดาและทารกเป็นหลัก ซึ่งการสนับสนุนทางจิตสังคมในระยะเวลาจำกัดอาจมีอิทธิพลไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจทางคลินิกในกรณีที่มีความเสี่ยงทางการแพทย์ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Dubey และคณะ[16] ที่ระบุว่าในกลุ่มครรภ์เสี่ยงสูงหรือศูนย์การแพทย์ระดับตติยภูมิ ปัจจัยทางกายภาพและข้อบ่งชี้ทาง

การแพทย์จะเป็นตัวกำหนดหลักต่อวิธีการคลอดมากกว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางจิตสังคม

4.ผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาลในระยะคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจในทุกด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่เน้นการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Care) ตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจของผู้คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องความผูกพัน (Bonding) ของ Klaus, Kennell และ Klaus [10] ที่กล่าวว่าการมีบุคคลใกล้ชิดอยู่เคียงข้างในช่วงเวลาสำคัญของการคลอดช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและความผูกพัน เช่นเดียวกับที่ Boekhorst และคณะ [14] พบว่าการขาดเพื่อนผู้คลอดหรือการสนับสนุนทางอารมณ์ที่เพียงพอส่งผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพจิตและประสบการณ์การคลอด การมีบุคคลใกล้ชิดอยู่เคียงข้างจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลที่มีคุณภาพ (Respectful Maternity Care) ดังที่ระบุไว้ในการทบทวนวรรณกรรมของ Bohren และคณะ[2]

นอกจากผลลัพธ์เชิงคลินิกตามสมมติฐานการวิจัยทั้ง 4 ข้อดังกล่าว ผลการประเมินความเที่ยงตรงของการปฏิบัติ (Fidelity) พบว่าพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ได้ครบถ้วนเฉลี่ยร้อยละ 89.13 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์สูง สะท้อนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในบริบทพื้นที่ และยืนยันความตรงภายใน (Internal validity) ว่าผลลัพธ์เกิดจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจริง อย่างไรก็ตาม ส่วนขาดที่ไม่ถึงร้อยละ 100 สอดคล้องกับข้อจำกัดด้านอัตรากำลังและภาระงานในห้องคลอด จึงควรได้รับการพัฒนาระบบสนับสนุนการปฏิบัติงานเพื่อยกระดับความเที่ยงตรงในอนาคต

สรุปผลการวิจัย การดำเนินการแบ่งเป็น 2 ระยะ สรุปผลได้ดังนี้:

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอดผู้วิจัยทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 15 เรื่อง (พบหลักฐานระดับสูงสุด 1a จำนวน 4 เรื่อง) นำมาสังเคราะห์เป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยมีเพื่อนผู้คลอดประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมเพื่อนผู้คลอด การสนับสนุนระยะที่ 1 ของการคลอด การจัดการสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุน 2 ชั่วโมงหลังคลอด แนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ผ่านการประเมินคุณภาพด้วยเครื่องมือ AGREE II โดยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 14 ท่าน ได้คะแนนภาพรวมสูงถึงร้อยละ 95.4

ระยะที่ 2 การประเมินผลลัพธ์การนำไปใช้ศึกษาในผู้คลอดครรภ์แรกจำนวน 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 23 ราย และกลุ่มทดลอง 23 ราย ซึ่งมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการเผชิญความปวดและคะแนนความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาลในระยะคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ ในทุกด้าน) แม้ระดับความปวด ระยะเวลา และวิธีการคลอดจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีแนวโน้มเกิด

ภาวะแทรกซ้อนในทารกต่ำกว่า และมีอัตราการดูแลแบบ Rooming in สูงกว่า

ข้อจำกัดของการวิจัย ดำเนินการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่รับผู้คลอดที่มีความซับซ้อนทางคลินิกสูง ผลวิจัยจึงอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงหรือประยุกต์ใช้กับระดับปฐมภูมิหรือระดับทุติยภูมิได้โดยตรง ความแตกต่างของชนิดและปริมาณยากระตุ้นคลอด อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการแปลผลด้านระยะเวลาการคลอด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้เป็นมาตรฐานการดูแลของห้องคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น พัฒนาทักษะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างต่อเนื่อง ควรบูรณาการสื่อวิดีทัศน์เข้ากับหลักสูตรการผดุงครรภ์และส่งเสริมการทำวิจัย R2R และควรปรับนโยบายให้มีเพื่อนผู้คลอดเฝ้าสนับสนุนต่อเนื่อง 1 คน ภายใต้มาตรการควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ขยายการศึกษาไปยังกลุ่มผู้คลอดครรภ์หลัง (Multiparous) พิจารณาใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT)

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณคณะผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการ บุคลากรทางการพยาบาล และผู้รับบริการโรงพยาบาลขอนแก่น ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนร่วมและให้การสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Dick-Read G. Childbirth without fear: the original approach to natural childbirth. 4th ed. New York: Harper & Row; 1984.
2. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2017(7):CD003766.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติการเกิดและการตายในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565-2567.
4. Dick-Read G. Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth. London: Heinemann Medical Books; 1944.
5. ขวัญใจ เพทายประกายเพชร, ศริณธร มังคะมณี, รุ่งทิพย์ ไชยโยยิ่งยงค์. อิทธิพลของความเจ็บปวดต่อระยะเวลาการคลอด. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2568;5(1):143-56.
6. Hasriantirisna H, Nanda K, M StM. Effects of Stress During Pregnancy on Maternal and Fetal Health: A Systematic Review. Advances in Healthcare Research. 2024;2:103-15. https://advancesinresearch.id/index.php/AHR/article/download/339/160
7. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.

8. Uvnäs-Moberg K, Ekström-Bergström A, Buckley S, Massarotti C, Pajalic Z, Luegmair K, et al. Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth–a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):285.
9. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(7):CD003766.
10. Klaus M, Kennell J, Klaus P. Bonding: building the foundations of secure attachment and independence. Reading (MA): Addison-Wesley; 1995.
11. Phumdoung S, Youngvanichsetha S. Women's experiences during labor and childbirth. Belitung Nurs J. 2019;5(5):176-81.
12. Senanayake H, Piccoli M, Valente EP, Businelli C, Ciantelli C. Implementation of the WHO manual for augmentation of labour in a Sri Lankan hospital. Ceylon Med J. 2017;62(4):222-8.
13. Suwannaroop N, Boriboonhirunsarn D, Sunsaneevithayakul P. Anxiety and fear of childbirth in nulliparous women during COVID-19 pandemic. Arch Gynecol Obstet. 2021;304(4):975-81. doi: 10.1007/s00404-021-06047-3.
14. Boekhorst MG, Potharst ES, Beerthuizen A, Hulsbosch LP, Nyklíček I, Pop VJ. The COVID-19 outbreak increases maternal stress during pregnancy, but not the risk for postpartum depression. Arch Womens Ment Health. 2021;24(6):1037-43.
15. Chivers BR, Garad RM, Boyle JA, Skouteris H, Teede HJ, Harrison CL. Perinatal distress during COVID-19: thematic analysis of an online parenting forum. J Med Internet Res. 2020;22(9):e22002.
16. Dubey C, Champagne N, Daneault S, Caty MÈ, Gagnon MP. Fear of childbirth and its associated factors among pregnant women: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(4):3158. doi: 10.3390/ijerph20043158
17. Valladares-Neto J. Effect size: A statistical basis for clinical practice. Revista Odonto Ciência. 2018;33(1):84-90.
18. Bahari F, Saleh S. Content Validation Procedure: Development of Problem-solving Skills Test (PSST). Jurnal Pendidikan Sains & Matematik Malaysia. 2023;13(1):1–9. https://doi.org/10.37134/jpsmm.vol13.1.1.2023

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

วิไลลักษณ์ วอแพง[1],กฤตานนท์ จันทรศรี[2*]

(วันที่รับบทความ: 30 มีนาคม 2569, วันที่แก้ไข: 25 มิถุนายน 2569, วันที่ตอบรับ: 13 กรกฎาคม 2569)

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก เป็นภัยคุกคามที่ลุกลามอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัด ก่อน-หลัง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.88 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.90 และความเที่ยง เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test.

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำตาลในเลือดระดับปกติ (80 - 130 mg/dL) ร้อยละ 76.67 โดยมีระดับน้ำตาลเฉลี่ย 118.80 ±15.54 mg/dL มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับดี ร้อยละ 43.00 และดีมาก ร้อยละ 46.67 และเมื่อเปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง 11.93 mg/dL(95% CI 8.879 to 14.987, p-value<.001) และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง 8.60 คะแนน (95% CI -11.626 to -5.811, p-value<.001) ดังนั้น โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นและเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง,ผู้ป่วยเบาหวาน,ระดับน้ำตาลในเลือด,พฤติกรรมการป้องกัน

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าแดงงาม จังหวัดหนองบัวลำภู

[2]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

[*]Corresponding author: กฤตานนท์ จันทรศรี e-mail: anansak.jan@gmail.com

Effects of Self-Management Support Program on Blood Sugar Level and Complication Prevention Behavior among Diabetic Patients in the Community

Wilailuk wopang[1] Kritanon Janthasri[2*]

(Received: 30th March 2026, Revised: 25th June 2026, Accepted: 13th July 2026)

Abstract

Diabetes mellitus is a chronic disease and a major global public health problem. It represents a rapidly growing worldwide threat. This quasi-experimental study with one-group pre–post test design, aimed to examine the effects of a self-management support program on blood glucose levels and complication prevention behaviors among patients with diabetes in a community setting. The sample consisted of 30 participants The research instruments included a self-management support program for patients with diabetes in the community. The program comprised 4 activities implemented over a 12-weeks; The content validity index (CVI) was 0.88. Data collection instruments included demographic interview form and clinical data, and the complication prevention behavior among patients with diabetes questionnaires CVI was 0.90, and the reliability (Cronbach's alpha) was 0.82. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation and paired t-test.

Results, After the intervention, 76.67% of participants were within the normal range, with a reduced mean level of 118.80 ±15.54 mg/dL. Regarding most participants demonstrated improved complication prevention behaviors with 43.00% at a good level and 46.67% at a very good level. Comparisons between pre- and post-intervention outcomes showed that mean blood glucose level after the experiment decreased by 11.93 mg/dL compared to before the experiment (95% CI 8.879 to 14.987, p-value<.001), and the mean score of preventive behaviors for diabetic complications in the community after the experiment increased by 8.60 points compared to before the experiment (95% CI -11.626 to -5.811, p-value<.001). In conclusion, the self-management support program is an effective thereby contributing to better long-term health outcomes.

Keywords: self-management support program, patients with diabetes, blood glucose level, complication prevention behavior

[1]Professional Nurse, Ban Pa Daeng Ngam Subdistrict Health Promoting Hospital, Nong Bua Lamphu Province

[2]Nurse Instructure, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University, Udon Thani Province

[*]Corresponding author: Kritanon Janthasri e-mail: anansak.jan@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลกและประเทศไทย[1] โดยในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีผู้ป่วยประมาณ 6.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 ในภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก[2] พบมากในผู้สูงอายุ รองลงมาคือวัยทำงานซึ่งเป็นกำลังสำคัญของประเทศ[3] ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากร พ.ศ. 2563 พบว่าประชาชนวัยทำงาน (35–59 ปี) ป่วยเป็นเบาหวานร้อยละ 9.5 และควบคุมโรคไม่ได้ถึงร้อยละ 29.2 ขณะที่เขตสุขภาพที่ 8 มีผู้ป่วย 379,664 คน แต่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 28.55[4] และในจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 35,600 คน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 17.78[4] และข้อมูลจากการรับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าแดงงาม พ.ศ. 2567-2568 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 282 คน และพบว่ามีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 35.46[5] จากสถานการณ์ดังกล่าวเป็นปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานส่วนใหญ่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การศึกษาของ ไมยรา เศรษฐมาศ[6] พบความชุกของภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 29.56 ในผู้ป่วย 274 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคไตวายเรื้อรัง เส้นเลือดตีบ และภาวะทุพพลภาพ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวไม่เพียงส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย แต่ยังกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และบทบาทหน้าที่ในชีวิต ดังนั้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใกล้เคียงปกติจึงเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันและชะลอภาวะ แทรกซ้อนของโรคเบาหวาน[7]

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวดช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวานโดยเฉพาะที่ตา ไต และเท้า[8] มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ≥ 7% มีโอกาสเกิดเบาหวานขึ้นจอตา สูงกว่าผู้ที่ควบคุม HbA1c < 7% 3.9 เท่า ซึ่งยืนยันว่าการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมดีช่วยป้องกันความเสื่อมของจอประสาทตาได้[8] ซึ่งแนวทางเวชปฏิบัติในประเทศไทยแนะนำเป้าหมาย HbA1c ประมาณ 7% เพื่อชะลอการเกิดโรคไตจากเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ โดยควบคู่กับการควบคุมความดันโลหิตและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ[9] และการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดียังช่วยลดการเสื่อมของเส้นประสาทส่วนปลายและหลอดเลือดส่วนปลาย ลดโอกาสเกิดแผลเรื้อรังที่เท้าและการต้องตัดขา ผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลสูงเรื้อรังมักมีเส้นประสาทเท้าเสื่อมและหลอดเลือดตีบ ส่งผลให้เกิดแผลที่เท้าหายยากและติดเชื้อง่ายตามมา[9] ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรมีการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้ได้มากที่สุด

การจัดการตนเอง เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความสามารถในการควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองผ่านกลไกทางปัญญาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ต้องยับยั้งหรือเปลี่ยนแปลงการตอบสนองที่ปกติแล้วจะมีความ

น่าจะเป็นสูงที่จะเกิดขึ้น[10] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งในรูปแบบการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การใช้เทคโนโลยี (เช่น แอปพลิเคชัน การส่งข้อความ และการติดตามทางโทรศัพท์) และการเรียนรู้ออนไลน์ สามารถช่วยลดระดับ HbA1c ได้ประมาณ 0.5–1.3% ภายในระยะเวลา 3–6 เดือน[11-12] การศึกษาของ Thongyost et al.[13] พบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวในผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะเวลา 16 สัปดาห์ ช่วยลด HbA1c และเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมถึงคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยการสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อความสามารถในการควบคุมโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณทิวา บุญมี และคณะ[14] ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองช่วยเพิ่มพฤติกรรมด้านอาหารและการใช้ยา พร้อมทั้งทำให้ค่า eGFR สูงขึ้น และ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ นิตยา สุขชัยสงค์ และคณะ[15] รายงานว่า โปรแกรมการจัดการตนเองผ่านโมบายแอปพลิเคชันช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ($p < 0.005$) อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ นิสารัตน์ ศรีนามนต์ และคณะ[16] ไม่พบความแตกต่างของระดับ HbA1c ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ สะท้อนให้เห็นว่าประสิทธิผลของโปรแกรมอาจขึ้นอยู่กับบริบทและรูปแบบการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการเสริมสร้างความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยประยุกต์แนวคิดของ Kanfer & Gaelick-Buys[10] เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลที่เหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อน และสามารถประยุกต์ใช้ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลัง (Quasi-experimental One groups pre-post test search) ดำเนินการวิจัย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึง 31 ธันวาคม 2568

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าแดงงาม อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าแดงงาม อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึง 31 ธันวาคม 2568 จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 35 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่มีการรับรู้ที่ดี ไม่มีอาการทางจิตประสาท 3) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การพูด และ4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีข้อจำกัดด้านร่างกาย เช่น มองไม่เห็น เขียนไม่ได้ 2) ผู้ป่วยขาดการติดตาม ย้ายที่อยู่อาศัย 3) ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ และ 4) พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างเข้าร่วมการศึกษา

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1.9.2[17] สมมติฐานทางเดียวโดยใช้การทดสอบที (t-test) ผู้วิจัยกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง (Effect Size=0.5) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = .05, อำนาจการทดสอบ = .80 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยเพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึง เท่ากับ 30 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย ดังนี้

1. ผู้วิจัยคัดรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาในช่วงที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล

2. สุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนจากรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

3. เชิญผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างตามบัญชีรายชื่อ เข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน รายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร 8 ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ตา ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ไต และด้านการป้องกันแผลที่เท้า ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (ตั้งแต่ “1” ไม่เคยปฏิบัติ จนถึง “5” ปฏิบัติเป็นประจำ) คะแนนเต็ม 125 คะแนน มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

25-44 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมไม่ดี

45-64 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมพอใช้

65-84 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมปานกลาง 85-104 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมดี และ 105-125 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมดีมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys[10] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ สื่อการสอนที่ใช้ คือ คู่มือการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และสมุดบันทึกการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ประเมินและวางแผน เป็นการประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า)

กิจกรรมที่ 2 การเตรียมความพร้อม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน พร้อมมอบคู่มือการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานแก่กลุ่มตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 3 การปฏิบัติการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินตนเอง และ 3) การเสริมแรงตนเอง

กิจกรรมที่ 4 การประเมินผลการจัดการตนเอง เป็นการประเมินการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองตามโปรแกรม และสะท้อนคิดผลการปฏิบัติและสรุปการช่วยเหลือที่ให้แก่ผู้ป่วยทั้งหมด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้เท่ากับ 0.88 และ 0.90 ตามลำดับ และนำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค ได้เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเตรียมการก่อนเริ่มดำเนินการศึกษา

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าแดงงาม อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมที่ตั้งไว้ทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 กลุ่มตัวอย่างได้รับการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต และตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน (pre-

test) และประเมินปัญหาและสาเหตุของการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การเตรียมความพร้อม เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน พร้อมมอบคู่มือการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการรับประทานยา การสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า) นอกจากนี้ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแลโดยการชี้แนะบทบาทการช่วยเหลือ และการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 3-11 กิจกรรมที่ 3 การปฏิบัติการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง โดยการประเมินปัญหาและความต้องการตนเอง รวมถึงวางแผนเพื่อจัดการปัญหา บันทึกเป้าหมายในสมุดบันทึกการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2) การประเมินตนเอง เปรียบเทียบคู่มือการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานกับแผนที่วางไว้ในสมุดบันทึกฯ และ 3) การเสริมแรง โดยผู้วิจัยและครอบครัวให้การเสริมแรงแก่ผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนผลการปฏิบัติ และให้การเสริมแรงในพฤติกรรมที่ทำได้สำเร็จโดยการชื่นชมและเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาในพฤติกรรมที่ยังทำไม่สำเร็จ

สัปดาห์ที่ 4-11 มอบหมายให้ อสม. เยี่ยมบ้าน เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการทำกิจกรรมและร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที/คน

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมที่ 4 การประเมินผลการจัดการตนเอง เพื่อประเมินการปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองตามโปรแกรมและสะท้อนคิดผลการปฏิบัติและสรุปการช่วยเหลือ ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดและตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน (post-test) สรุปผลโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองและเน้นย้ำให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร 8 ชั่วโมง ค่าความดันโลหิต และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยใช้สถิติเชิงอนุมานด้วย สถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู โครงการวิจัยเลขที่ 30-2568 วันที่รับรอง 24 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 73.33 ($\bar{X}$ = 65.63, SD. = 10.41, Min = 38, Max = 87) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.67 ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 80 และกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคอ้วนระดับที่ 1 สูงถึงร้อยละ 46.67 ($\bar{X}$ = 25.26, SD. = 4.05, Min = 14.45, Max = 36.75)

ส่วนที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร 8 ชั่วโมง อยู่ในระดับปกติ (80 - 130 mg/dL) ร้อยละ 56.67 โดยมีระดับน้ำตาลเฉลี่ย 130.73 mg/dL (S.D.= 19.59) ส่วนหลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ (80 - 130 mg/dL) ร้อยละ 76.67 โดยมีระดับน้ำตาลเฉลี่ย 118.80 mg/dL (S.D.= 15.54) ส่วนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับดี ร้อยละ 46.67 และดีมาก ร้อยละ 26.67 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 93.73 คะแนน (S.D.= 18.62) แต่หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับดี ร้อยละ 43.00 และดีมาก ร้อยละ 46.67 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 102.33 คะแนน (S.D.= 13.96) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร 8 ชั่วโมง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร 8 ชั่วโมง				
80 - 130 mg/dL	17	56.7	23	76.7
มากกว่า 130 mg/dL	13	43.3	7	23.3
	$\bar{X}$ = 130.73, SD. = 19.59		$\bar{X}$ = 118.80, SD. = 15.54	
พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน				
พฤติกรรมพอใช้	3	10.0	-	-
พฤติกรรมปานกลาง	5	16.6	3	10.0
พฤติกรรมดี	14	46.7	13	43.3
พฤติกรรมดีมาก	8	26.7	14	46.7
	$\bar{X}$ = 93.73, SD. = 18.62		$\bar{X}$ = 102.33, SD. = 13.96	

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการพบว่า ค่าเฉลี่ยของ

น้ำตาลในเลือดหลังการทดลอง ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยลดลง 11.93 mg/dL (MD=11.93,95%CI: 8.879 to 14.987, p-value<.001) และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพิ่มขึ้น 8.60 คะแนน (MD=8.60,95%CI:-11.626 to -5.811, p-value<.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 30)

ปัจจัย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		MD	95%CI	*p*-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ระดับน้ำตาลในเลือด	130.73	19.59	118.80	15.54	11.93	8.879 to 14.987	<.001
พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	93.73	18.62	102.33	13.96	8.60	-11.626 to -5.811	<.001

การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย จากการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำมาใช้อภิปรายผล ได้ดังนี้

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับปกติ (80 - 130 mg/dL) ร้อยละ 56.67 โดยมีระดับน้ำตาลเฉลี่ย 130.73 mg/dL (S.D.= 19.59) ส่วนหลังการทดลองส่วนใหญ่ระดับปกติ (80 - 130 mg/dL) ร้อยละ 76.67 โดยมีระดับน้ำตาลเฉลี่ย 118.80 mg/dL (S.D.= 15.54) และจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยลดลง 11.93 mg/dL (MD=11.93,95%CI: 8.879 to 14.987, p-value<.001)ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer และ Gaelick-Buys[10] ที่เน้นกระบวนการสำคัญ ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เห็นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับระดับน้ำตาลในเลือดและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม จึงส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ โปรแกรมฯยังมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การใช้คู่มือและสมุดบันทึกรวมถึงการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วย

เสริมแรงและแก้ไขปัญหาเฉพาะราย ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ การศึกษาของ ศิริพร ปาระมะ และคณะ[18] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ลำดวน กลิ่นหอม[19] ที่พบว่าระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001;$\bar{X}$= 139.97, SD = 27.01) แม้ว่าการศึกษานี้จะวัดเพียงระดับน้ำตาลก่อนอาหาร (FBS) แต่มีการศึกษาที่พบว่าการจัดการตนเองส่งผลดีระยะยาวไปถึงการลด HbA1c ด้วย[20]

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับดี ร้อยละ 46.67 และดีมาก ร้อยละ 26.67 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 93.73 คะแนน (S.D.= 18.62) แต่หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับดี ร้อยละ 43.00 และดีมาก ร้อยละ 46.67 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 102.33 คะแนน (S.D.= 13.96) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสถิติ โดยเพิ่มขึ้น 8.60 คะแนน (MD=8.60,95%CI:-11.626 to -5.811, p-value<.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีการจัดกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การตั้งเป้าหมาย และการติดตามต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาพบแพทย์ตามนัด ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษฎา หาสีงาม และ ลาวัลย์ บาลศิริ[21] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยมากกว่ากว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยทางสถิติ (p <0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร ปาระมะ และคณะ[18] ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ye et al.[22] ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนทางโทรศัพท์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมในด้านอาหาร การใช้ยา และการดูแลเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.05)

ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงและมีสัดส่วนอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้น ควบคู่กับการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมภาวะ

แทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต และเท้า ในระดับดีและดีมากเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมที่เน้นกระบวนการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ร่วมกับการให้ความรู้และการติดตามต่อเนื่อง สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นและเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าแดงงาม อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ที่อำนวยความสะดวกในการวิจัยและผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นสามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่องและมีระบบติดตามประเมินผลที่เป็นระบบ

2. โปรแกรมฯสามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพระดับพื้นที่และลดภาระโรคในระยะยาว

3. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถบูรณาการโปรแกรมดังกล่าวเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ โดยจัดให้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรปรับรูปแบบการวิจัยโดยใช้รูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม และติดตามผลในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว

2. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ศึกษาในบริบทที่หลากหลาย ทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อสะท้อนความแตกต่างของบริบททางสังคมและระบบบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes [Internet]. 2021 [cited 2026 Mar 10]. Available from: https://www.emro.who.int/noncommunicable-diseases/world-diabetes-day/world-diabetes-day-2021.html
2. International Diabetes Federation. Diabetes data by location: Western Pacific region [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 10]. Available from: https://diabetesatlas. org/data-by-location/region/western-pacific/
3. กรมอนามัย. คู่มือการดำเนินงานตัวชี้วัด ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://eh.anamai. moph.go.th

4. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). รายงานตัวชี้วัดสุขภาพ: รายงานโรคเบาหวานตามเขตบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก:https://hdc.moph.go.th
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าแดงงาม. สรุปข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน พ.ศ. 2567–2568. หนองบัวลำภู: องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู; 2568.
6. ไมยรา เศรษฐมาศ. ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2566;9(2):151-8.
7. อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครสวรรค์. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 2563;8(3):603-14.
8. กรกัญจน์ จิตโศภิษฐ์. ความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค. 2566;10(2):15-25.
9. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์; 2567.
10. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people change: a textbook of methods. 4th ed. New York: Pergamon Press; 1991.
11 Riangkam C, Sriyuktasuth A, Pongthavornkamol K, Kusakunniran W, Sriwijitkamol A. Effects of a mobile health diabetes self-management program on HbA1C, self-management and patient satisfaction in adults with uncontrolled type 2 diabetes: a randomized controlled trial. J Health Res. 2022;36(5):878-88.
12. Anjali M, Khapre M, Kant R, Kumar S, Pandey P. Effectiveness of Diabetes Self-Management Education on Distress and HbA1C among Indian Type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Randomized Controlled Trial. Indian J Community Med.2023;48(5):702-708. doi:10.4103/ijcm.ijcm_843_22
13. Thongyost P, Malathum P, Pookboonmee R, Detprapon M, Satitvipawee P, Somboonthanakij S. Effectiveness of a Self-and Family Management Support Program among Older People with Diabetic Retinopathy and Visual Impairment: A Randomized Controlled Trial. Pac Rim Int J Nurs Res. 2023;27(1):105-20.
14. พรรณทิวา บุญมี, ขนิษฐา วิศิษฏ์เจริญ, ศุภวรรณ ใจบุญ, ดวงรัตน์ กวีนันทชัย. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการ

จัดการตนเองเพื่อชะลอ ภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2567;8(2):1-15.

15. นิตยา สุขชัยสงค์, อารยา เชียงของ, วิเชษฐ์ เชิดสันเทียะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับโมบายแอปพลิเคชัน เบาหวานเบาใจ ต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. 2566;15(2):1-16.
16. นิสารัตน์ ศรีนามนต์, รัชนี พรหมอยู่, พัลลภา กุลเทศ, อทิตยา อุ่นตาดี, เสาวนีย์ ธูปหอม, ชุลีพร ปิยสุทธิ์, จันทิมา นวะมะวัฒน์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในเขตพื้นที่ตำบลหนองปลาไหล อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร. วารสารแพทย์เขต 4-5. 567;43(4):609-23.
17. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรีพร สาตร์เพ็ชร์, ญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วย G*Power. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2562;5(1):496-507.
18. ศิริพร ปาระมะ, ชาญวิทย์ เปียงน้อย, ระวีวงค์ชัย, นิตยา โปธิบาล, รัชดา เปี้ยฟั่น. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 2567;25(3):1-17.
19. ลำดวน กลิ่นหอม, พลอยประกาย ฉลาดล้น. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. 2569;6(1): e4561.
20. Lamptey R, Amoakoh-Coleman M, Barker MM, et al. Change in glycaemic control with structured diabetes self-management education in urban low-resource settings: multicentre randomised trial of effectiveness. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):199. Published 2023 Feb 24. doi:10.1186/s12913-023-09188-y
21. กฤษฎา หาสีงาม, ลาวัลย์ บาลศิริ. ผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลหนองแคน อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และนวัตกรรม มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์. 2565;1(2):60-72.
22. Ye H, Lin L, Zhong D, et al. The impact of telehealth education on self-management in patients with coexisting type 2 diabetes mellitus and hypertension: a 26-week randomized controlled trial. J Endocrinol Invest.2024;47(9):2361-2369. doi:10.1007/s40618-024-02310-9

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคที่เกิดจากความร้อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

อัญธิกา บรรจงสวัสดิ์[1*],ปิยมาภรณ์ ดวงมนตรี[2]

(วันที่รับบทความ: 5 มีนาคม 2569, วันที่แก้ไข: 4 สิงหาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 4 สิงหาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของอำเภอชื่นชม จำนวน 194 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อน พัฒนาโดยกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัยปี พ.ศ. 2567 ตามแนวคิดของ Sørensen วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ เชิงพรรณนาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษา พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมากทั้ง 4 ด้าน ($\bar{X}$ = 4.21, SD = 0.67) โดยด้านการตัดสินใจมีคะแนนสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.43, SD = 0.70) พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 2.72, SD = 0.27) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ = 0.631, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อ อสม. มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อนที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ดังนั้น การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเกี่ยวข้องกับความร้อน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

[1]นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ [2]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

[(1-2)]ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

*Corresponding author: อัญธิกา บรรจงสวัสดิ์ e-mail: untika.0311@gmail.com

Health Literacy and Health Prevention Behaviors Regarding Heat-Related Illnesses among Village Health Volunteers in Chuen Chom, Maha Sarakham

Untika Banjongsawat[1*], Piyamaporn Doungmontri[2]

(Received: 5th March 2026, Revised: 4th August 2026, Accepted: 4th August 2026)

Abstract

This study is cross-sectional descriptive research aimed at examining health literacy and health prevention behaviors regarding heat-related illnesses among village health volunteers (VHVs) in Chuen Chom District, Maha Sarakham Province. The sample consisted of 194 village health volunteers (VHVs) from Chuen Chom District, Maha Sarakham Province. Data were collected in June 2025. The research instrument was an assessment questionnaire on environmental health literacy and behaviors for preventing health impacts from heat. Developed by the Health Impact Assessment Division, Department of Health, based on Sørensen's concept, data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (Spearman's rank correlation coefficient), with a significance level of 0.05.

The study found that participants had a very good overall health literacy level in all four areas ($\bar{X}$ = 4.21, SD = 0.67), with the decision-making aspect having the highest score ($\bar{X}$ = 4.43, SD = 0.70). Overall health behavior was also at a very good level ($\bar{X}$ = 2.72, SD = 0.27). Health literacy had a statistically significant positive correlation with health behaviors in preventing heat-related illnesses among village health volunteers in Chuen Chom District, Maha Sarakham Province (ρ = 0.631, $p < 0.001$). This indicates that when village health volunteers have higher health literacy, they tend to engage in more appropriate health behaviors to prevent heat-related illnesses. Therefore, developing health literacy is an effective strategy for promoting self-protective behaviors against heat-related illnesses.

Keywords: Health literacy, Heat-related illnesses, Village Health Volunteers.

[1]Public Health Technical Officer, Practitioner Level

[2]Public Health Technical Officer, Professional Level

(1-2) Health Promotion Center 7 Khon Kaen.

*Corresponding author: Untika Banjongsawat e-mail: untika.0311@gmail.com

บทนำ

องค์การอุตุนิยมวิทยาโลก (World Meteorological Organization: WMO) รายงานว่าอุณหภูมิเฉลี่ยผิวโลกในปี พ.ศ. 2567 สูงขึ้น 1.34–1.41 องศาเซลเซียส และคาดว่าในช่วงปี พ.ศ. 2568–2572 อาจสูงเกิน 1.5 องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นเพดานวิกฤตตามความตกลงปารีส (Paris Agreement)[1]

ข้อมูลเฝ้าระวังของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ในช่วงปี พ.ศ. 2561–2567 พบความสัมพันธ์ชัดเจนระหว่างอุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ยกับจำนวนผู้เสียชีวิตจากความร้อน โดยในปี พ.ศ. 2566 และ 2567 อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ยเพิ่มเป็น 40.6 และ 42.5 องศาเซลเซียส ผู้เสียชีวิตเพิ่มเป็น 37 และ 63 ราย ตามลำดับ[2] ผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อน (Heat-related Illnesses) มีความรุนแรงต่อเนื่อง ตั้งแต่ตะคริวแดด เพลียแดด จนถึงโรคลมแดดซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีอัตราตายสูง[3]

ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยพบผู้ป่วยและเสียชีวิตจากความร้อนรวม 69 ราย เสียชีวิต 63 ราย กระจายใน 31 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนเสียชีวิตสูงสุดร้อยละ 54 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 62 ปี มีโรคประจำตัวร่วมร้อยละ 51 และเสียชีวิตกลางแจ้งร้อยละ 62[2] ข้อมูลดัชนีความร้อน (Heat Index) ของกรมอนามัยปี พ.ศ. 2567 ระบุว่าเขตสุขภาพที่ 7 เผชิญความเสี่ยงจากความร้อนสูงสุดแห่งหนึ่ง โดยจังหวัดมหาสารคามมีจำนวนวันดัชนีความร้อนระดับอันตรายสูงสุดถึง 51 วัน และอุณหภูมิเฉลี่ยสูงสุดถึง 43.60 องศาเซลเซียส เกินขีดความสามารถในการปรับตัวทางสรีรวิทยาของร่างกายมนุษย์ กลุ่มเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง และผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือทำงานกลางแจ้ง[4,5]

ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้ "ความรอบรู้ด้านสุขภาพ" เป็นกลยุทธ์หลักในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ตามแบบจำลองของ Sørensen[6] ซึ่งครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ งานวิจัยของ Mueangchang et al.[7] สิริสุดา วงษ์ใหญ่[8] และ Songserm et al.[9] ยืนยันว่าการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนและกลไก อสม. ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ยังขาดหลักฐานที่เชื่อมโยงความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปรับตัวของชุมชนต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (climate change adaptation) โดยเฉพาะในกลุ่ม อสม. ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อนของ อสม. อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและเสริมสร้างศักยภาพการปรับตัวของชุมชนระยะยาวในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อนของอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อน

2. เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากความร้อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ศึกษาในอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ประชากร คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ จำนวน 652 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Cohen (1988) สำหรับสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ กำหนดนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ .80 และขนาดอิทธิพล .20[10,11] ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 194 คน คัดเลือกด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เกณฑ์คัดเข้า คือ ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในพื้นที่ อายุ 15 ปีขึ้นไป สื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก คือ มีความบกพร่องทางการได้ยิน/การมองเห็น สติปัญญา หรือเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

เครื่องมือวิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อน กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2567 [4] แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) 12 ข้อ (4 องค์ประกอบ ๆ ละ 4 ข้อ) มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (HB) 10 ข้อ

มาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 4 ระดับ ตามสัดส่วนร้อยละ ได้แก่ ดีมาก (≥ 80.00) ดี (70.00–79.99) พอใช้ (60.00–69.99) และต้องปรับปรุง (<60.00) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.80 และทดสอบล่วงหน้ากับ อสม. บริบทใกล้เคียง 55 คน ได้ค่าแอลฟาของครอนบาคของ HL เท่ากับ 0.81 และ HB เท่ากับ 0.80 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2568 โดยประสานหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ระดับ

1) สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ และร้อยละ ใช้ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว รวมทั้งการกระจายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ในการอธิบายระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ

2) สถิติเชิงอนุมาน ใช้สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้าน

สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากความร้อนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 194 คน เนื่องจากเครื่องมือวิจัยชุดนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งจัดเป็นข้อมูลประเภทอันดับ คณะผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient: ρ) ซึ่งเป็นสถิตินอนพาราเมตริก (Nonparametric statistics) แบ่งระดับความสัมพันธ์เป็น 5 ระดับ เกณฑ์ของ Evans ได้แก่ ระดับต่ำมาก (0.00–0.19), ระดับต่ำ (0.20–0.39), ระดับปานกลาง (0.40–0.59), ระดับสูง (0.60–0.79) และระดับสูงมาก (0.80–1.00) โดยค่าที่เป็นบวก (+) แสดงถึงความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน และค่าที่เป็นลบ (-) แสดงถึงความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามดัดแปลงเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และความครอบคลุมของประเด็นตัวแปร ผลการประเมินพบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของข้อคำถามรายข้อมีค่าเท่ากับ 0.80 ทั้งฉบับ ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทำการทดสอบล่วงหน้า (Try-out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ ตำบลแวงน่าง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 55 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จำแนกตามมาตรวัด ผลการทดสอบปรากฏดังนี้

2.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อน (HL) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากความร้อน (HB) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80

2.3 จากผลการตรวจสอบคุณภาพดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือวิจัยชุดนี้มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสูง พร้อมสำหรับการนำไปใช้จัดเก็บข้อมูลจริงในภาคสนาม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการ โดยขอความยินยอมโดยสมัครใจ ชี้แจงสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา และเก็บข้อมูลเป็นความลับ นำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่าง อสม. จำนวน 194 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.57) กลุ่มอายุ 51–60 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 38.14) รองลงมาคืออายุ 41–50 ปี (ร้อยละ 33.00) ส่วนใหญ่มีคู่/แต่งงานแล้ว (ร้อยละ 72.16) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด (ร้อยละ 44.33) ประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก (ร้อยละ 78.87) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 80.41) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=194)

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	166	85.57
ชาย	28	14.43
กลุ่มอายุ		
15-30 ปี	6	3.10
31-40 ปี	22	11.34
41-50 ปี	64	33.00
51-60 ปี	74	38.14
61 ปีขึ้นไป	28	14.43
สถานภาพทางการสมรส		
โสด	36	18.56
มีคู่/แต่งงานแล้ว	140	72.16
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	18	9.28
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	4.12
ประถมศึกษา	39	20.10
มัธยมศึกษาตอนต้น	41	21.13
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	86	44.33
อนุปริญญา/ปวส.	6	3.10
ปริญญาตรีขึ้นไป	14	7.22
อาชีพ		
เกษตรกร	153	78.87
รับจ้างทั่วไป	18	9.28
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	15	7.73
อื่นๆ	8	4.12
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	156	80.41
มีโรคประจำตัว	38	19.59

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อน

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 4.21, SD = 0.67) ทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับดีมาก โดยด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ (Apply) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.43, SD = 0.70) กลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ระดับดีขึ้นไป ($\bar{X}$ ≥ 3.50) มีจำนวน 158 คน (ร้อยละ 81.44) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อน (n=194)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)				ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับการปฏิบัติ
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ปรับปรุง			
1. การเข้าถึงข้อมูล (Access)	125 (64.43)	26 (13.40)	41 (21.13)	2 (1.03)	4.08	0.77	ดีมาก
2. การเข้าใจข้อมูล (Understand)	136 (70.10)	24 (12.37)	32 (16.49)	2 (1.03)	4.18	0.74	ดีมาก
3. การตรวจสอบข้อมูล (Appraise)	142 (73.20)	18 (9.28)	31 (15.98)	3 (1.55)	4.19	0.75	ดีมาก
4. การตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ (Apply)	154 (79.38)	14 (7.22)	25 (12.89)	1 (0.52)	4.43	0.70	ดีมาก
ผลรวมเฉลี่ยของความรอบรู้ทุกด้าน	**130 (67.01)**	**28 (14.43)**	**30 (15.46)**	**6 (3.09)**	**4.21**	**0.67**	**ดีมาก**

3.พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากความร้อน

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากความร้อนโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 2.72, SD = 0.27) พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำมากกว่าร้อยละ 70 มี 7 พฤติกรรม สูงสุดคือ ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร (ร้อยละ 95.36) ดื่มน้ำสะอาดบ่อย ๆ (ร้อยละ 91.24) และรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ (ร้อยละ 88.14) ส่วนพฤติกรรมที่ยังต้องส่งเสริม ได้แก่ การงดดื่มน้ำหวานและน้ำอัดลม (ร้อยละ 47.42) และการติดตามพยากรณ์อากาศทุกวัน (ร้อยละ 58.76) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อน (n=194)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับการปฏิบัติ
	ทำประจำ	ทำบางครั้ง	ไม่ได้ทำ			
1. ตรวจสอบพยากรณ์อากาศทุกวัน	114 (58.76)	80 (41.24)	0 (0.00)	2.59	0.49	ดีมาก
2. ล้างมือให้สะอาด ก่อนรับประทานหรือประกอบอาหาร	185 (95.36)	9 (4.64)	0 (0.00)	2.95	0.21	ดีมาก
3. สวมเสื้อผ้าสีอ่อน ระบายเหงื่อได้ดี น้ำหนักเบา ไม่รัดรูป	140 (72.16)	53 (27.32)	1 (0.52)	2.72	0.46	ดีมาก
4. ดื่มน้ำ/จิบน้ำสะอาดบ่อยๆ	177 (91.24)	14 (7.22)	3 (1.54)	2.90	0.35	ดีมาก
5. หลีกเลี่ยงการทำงาน/กิจกรรมกลางแดดเป็นเวลานาน	137 (70.62)	54 (27.84)	3 (1.54)	2.69	0.50	ดีมาก
6. สวมหมวก แว่นกันแดด ทาครีมกันแดด กางร่ม เมื่ออยู่กลางแจ้ง	144 (74.23)	49 (25.26)	1 (0.52)	2.74	0.45	ดีมาก
7. งดดื่มสุรา	140 (72.16)	44 (22.68)	10 (5.16)	2.67	0.57	ดีมาก
8. งดดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม	92 (47.42)	98 (50.52)	4 (2.06)	2.45	0.54	ดีมาก
9. อยู่ในห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ	119 (61.34)	73 (37.63)	2 (1.03)	2.60	0.51	ดีมาก
10. รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่	171 (88.14)	23 (11.86)	0 (0.00)	2.88	0.32	ดีมาก
ผลรวมเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ	-	-	-	**2.72**	**0.27**	**ดีมาก**

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากความร้อนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 194 คน ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากความร้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.631 ($\rho = 0.631, p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากความร้อนมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันในระดับสูง กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อนเพิ่มสูงขึ้น จะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากความร้อนที่ดีขึ้นตามไปด้วยอย่างมีนัยสำคัญ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมนระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านและภาพรวมกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากความร้อนของกลุ่มตัวอย่าง (n = 194)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อน	พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากความร้อน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ρ)	*p-value*	ระดับความสัมพันธ์
ด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access)	0.512*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการเข้าใจข้อมูล (Understand)	0.587*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการตรวจสอบข้อมูล (Appraise)	0.543*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล (Apply)	0.602*	< 0.001	สูง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม	**0.631***	**< 0.001**	**สูง**

* หมายเหตุ: $p < 0.001$, ρ = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาสามารถนำมาอภิปรายผลตามประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อน ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อนอยู่ในระดับ ดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sørensen[6] ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ส่งผลต่อความสามารถในการตัดสินใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อาจอธิบายได้ว่า อสม. เป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่ทำงานใกล้ชิดกับประชาชน และได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อป้องกันผลกระทบจากความร้อนได้อย่างเหมาะสม ตามแนวคิดของ Nutbeam[12] ที่อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพได้

อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.56 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าระดับดี โดยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อจำกัดด้านระดับการศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยของพรพรรณ ชัยมงคล[13] ที่พบว่า อายุและระดับการศึกษา เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อน ควรปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับกลุ่มเปราะบาง เช่น การใช้สื่อภาพ การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริง และการใช้ภาษาท้องถิ่น เมื่อ อสม. มีศักยภาพด้านความรอบรู้สุขภาพเพิ่มขึ้น จะส่งผลต่อความสามารถในการสื่อสารความเสี่ยง การเฝ้าระวังความเสี่ยงในกลุ่มเปราะบาง และการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับชุมชน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีความยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

2. พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากความร้อน ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมที่มีร้อยละการปฏิบัติสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การล้างมือ 2) การดื่มน้ำ และ 3) การรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ ล้วนเป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่คนส่วนใหญ่คุ้นเคย ทั้งนี้ พฤติกรรมการล้างมือแม้จะมิใช่พฤติกรรมป้องกันความร้อนโดยตรง แต่เครื่องมือของกรมอนามัย ปี พ.ศ. 2567 ได้บรรจุไว้ในชุดพฤติกรรมสุขภาพป้องกันผลกระทบจากความร้อน เนื่องจากสภาวะอากาศร้อนเพิ่มความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนของอาหารและโรคทางเดินอาหารการล้างมือก่อนรับประทานอาหาร จึงถือเป็นพฤติกรรมเสริมสร้างความปลอดภัย ของผู้ที่ต้องทำงานกลางแจ้ง สะท้อนถึงการเชื่อมโยงพฤติกรรมป้องกันความร้อนเข้ากับพฤติกรรมสุขภาพทั่วไปที่มีอยู่แล้ว สำหรับพฤติกรรมที่ยังต้องได้รับการปรับปรุงและส่งเสริม ได้แก่ 1) การงดดื่มน้ำหวานและน้ำอัดลม เนื่องจากพฤติกรรมนี้เป็นวัฒนธรรมการบริโภคเมื่อร่างกายมนุษย์พบเจอกับสภาพอากาศร้อนจัดและ 2) การติดตามพยากรณ์อากาศทุกวัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบางรายอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงเทคโนโลยี โดย อสม. มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากความร้อนอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอแก้ว คุณะแสน[14] ที่พบว่า การมีความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อธิบายได้ว่า อสม. มีบทบาทในการเฝ้าระวังสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลข่าวสาร และการให้คำแนะนำแก่ประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันผลกระทบจากความร้อน ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของ อสม. ในฐานะกลไกสำคัญของการปรับตัวระดับชุมชน ที่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้และสนับสนุนการป้องกัน

ผลกระทบจากความร้อนไปสู่ครัวเรือนและประชาชนในพื้นที่ได้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคที่เกิดจากความร้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ = 0.631, $p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดเชิงโครงสร้างของ Sørensen[6] ที่พบว่า บุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง จะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่า กล่าวคือ เมื่อ อสม. มีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดการตัดสินใจและการปฏิบัติพฤติกรรมเหมาะสมตามไปด้วย ผลลัพธ์นี้สนับสนุนแนวคิดของ Berkman et al.[15] ที่ระบุว่าระดับความรอบรู้ที่สูงขึ้น ช่วยให้บุคคลตัดสินใจเลือกพฤติกรรมป้องกันสุขภาพได้แม่นยำขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับสากลจากรายงาน Lancet Countdown [16] และองค์การอนามัยโลก[17] ระบุว่าในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศสูง ควรมีฐานความรู้ที่เข้มแข็ง (Health Literacy) เพื่อเป็นกลไกหลักในการปรับตัวของชุมชน (Community-based Adaptation) นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นว่า เครือข่าย อสม. ถือเป็นทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิมของระบบสุขภาพไทย เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่ได้รับความไว้วางใจจากประชาชน มีความใกล้ชิดกับชุมชน และสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพไปสู่ระดับครัวเรือนและระดับชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง จึงถือเป็นทรัพยากรเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ลดความเปราะบางจากผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากความร้อน และสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีความยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในระดับพื้นที่ ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นว่า หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรใช้ประโยชน์จากทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิมดังกล่าว ในการออกแบบมาตรการรองรับผลกระทบด้านสุขภาพจากความร้อนในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 194 คน ในอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อนในระดับดีมาก ทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยด้านการตัดสินใจและนำไปใช้ มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมา คือ ด้านการเข้าใจ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากความร้อน ของ อสม. อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งสะท้อนถึงความพร้อมในบทบาทผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคที่เกิดจากความร้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่ม อสม. ไม่ควรถูกมองว่าเป็นเพียงการพัฒนาศักยภาพรายบุคคล แต่เป็นการลงทุนทางสังคมที่สำคัญในการเสริมสร้างการปรับตัวของชุมชนและการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีความยืดหยุ่นต่อ

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate-resilient health systems) ในระยะยาว ผลการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ได้สะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพเพียงเท่านั้น แต่ยังแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของเครือข่าย อสม. ในฐานะกลไกสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิที่สามารถขับเคลื่อนการปรับตัวของชุมชนต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ยกระดับระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิให้ยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยกรมอนามัยและศูนย์อนามัย สนับสนุนงบประมาณ วิชาการ และนวัตกรรม ให้ สสจ. ร่วมกับ กสพ. และ พชอ. บรรจุแผนรับมือภัยความร้อนลงในกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อขยายผลในเขตสุขภาพที่ 7 อย่างเป็นระบบ

2. ปรับบทบาท อสม. จากผู้ส่งต่อข้อมูลทั่วไปสู่แกนนำจัดการความเสี่ยงเชิงรุก ผ่านการเสริมทักษะแจ้งเตือนค่าดัชนีความร้อน การทำแผนที่ความเสี่ยงระดับหมู่บ้าน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะกับวิถีชีวิตกลุ่มเปราะบาง

3. การวิจัยในระยะถัดไปควร ต่อยอดจากวิจัยเชิงพรรณนาสู่งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในระดับชุมชน โดยนำปัจจัยด้านอายุ การศึกษา และอาชีพ ไปทดลองใช้มาตรการแทรกแซงจริงร่วมกับการปรับสภาพแวดล้อมและโครงสร้างชุมชน เพื่อพิสูจน์ผลลัพธ์และความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Meteorological Organization (WMO). State of the Global Climate 2024 [Internet]. Geneva: WMO; 2025 [cited 2026 Mar 26]. Available from: https://wmo.int/publication-series/state-of-global-climate-2024
2. กองระบาดวิทยา. รายงานสถานการณ์โรคจากความร้อน ปี 2567. [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 26 มีนาคม 2568]; เข้าถึงได้จาก: https://datastudio.google.com/u/0/reporting/ae1cdd6c-efd0-44c3-a2fd-6850772024db/page/p_ou0c2rnvxc?s=jbyU2oO6c84
3. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ. 2566; แนวทางเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัยด้านสุขภาพจากความร้อน ปี 2566.นนทบุรี: กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย.; 2566.
4. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ. ระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนความเสี่ยงต่อสุขภาพจากความร้อน [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2569]; เข้าถึงได้จาก: https://script.google.com/macros/s/AKfycbAKfy6GWEtxlCKl1Rp5KoKfNRKuGFSOSUJ9llpOXCGVAMrE79opyHGZRjZT8WNZPUZM/exec.
5. กองระบาดวิทยา. รายงานสถานการณ์โรคจากความร้อน ปี 2568. [อินเตอร์เน็ต] ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 16 เมษายน 2569]; เข้าถึงได้จาก https://drive.google.com/file/d/19D1bNAYlpcr29NIeHyLiyeIQE-GaUJOv/view.

6. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H; HLS-EU Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health.2012;12:80.
7. Mueangchang W, Srisookkum T, Srivichai P, Munkong N, Chonpratin J. Performance motivation and Dhammanamai health literacy according to Thai traditional medicine among village health volunteers in Uthaithani province. J Public Hlth Dev. 2023;21(1):188-201.
8. สิริสุดา วงษ์ใหญ่. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ในชาวนาตำบลคำขวาง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
9. Songserm N, Korsura P, Woradet S, Ali A. Risk Communication Through Health Beliefs for Preventing Opisthorchiasis-Linked Cholangiocarcinoma: A Community-Based Intervention in Multicultural Areas of Thailand. Asian Pac J Cancer Prev. 2021;22(10):3181-7.
10. Aybar C, Pérez V, Pavía JM. Scale matters: unravelling the impact of Likert scales on political self-placement. Quality & Quantity. 2024;58(5):3725–46.
11. กรมควบคุมโรค. คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท อาร์ เอ็น พี พี วอเทอร์ จำกัด; 2564.
12. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8.
13. พรพรรณ ชัยมงคล. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2566;15(3):124-37.
14. จอแก้ว คุณะแสน. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2568;17(1):17-30.
15. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med. 2011;155(2):97-107.
16. Romanello M, di Napoli C, Green C, Kennard H, Lampard P, Scamman D, et al. The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change: the imperative for a health-

centred response in a world facing irreversible harms. Lancet. 2023;402(10419):2346-94.

17.World Health Organization. Operational framework for building climate resilient health systems. Geneva: World Health Organization; 2023.

ผลของชุดกิจกรรมการให้ความรู้ต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดขอนแก่น

นวลละออง ทองโคตร[1],วชิรศักดิ์ อภิพัตฐ์กานต์[1*],ปิยนุช ภิญโย[2],กิตติมา แสนสุนนต์[3],กิตติพัฒน์ ถวัลย์เสรีวัฒนา[3], ธิตินันท์ ตุ่นเฮ้า[3],ปวีณา สนธิสัมพันธ์[3],อริสา สุวรรณมาโจ[3],อัษฎางค์กูล คุณแก้ว[3]

(วันที่รับบทความ: 8 เมษายน 2569, วันที่แก้ไข: 13 กรกฎาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 13 กรกฎาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังได้รับชุดกิจกรรมให้ความรู้ประกอบสื่อ (One Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ก่อนและหลังได้รับชุดกิจกรรมให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1–3 จำนวน 34 คน เครื่องมือทดลองเป็นชุดกิจกรรมการให้ความรู้ประกอบสื่อประกอบด้วยโมเดลปอดประกอบ และ คลิป VDO เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ และประเมินพฤติกรรมในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ Paired Sample T-Test

ผลการวิจัย พบว่า เพศชายร้อยละ 29.41 เพศหญิงร้อยละ 70.59 หลังจากได้รับผลของชุดกิจกรรมการให้ความรู้ประกอบสื่อ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรู้คะแนนเฉลี่ยจาก 13.32 (S.D. 4.36) เป็น 18.00 (S.D. 3.32) ทัศนคติจาก 70.03 (SD = 16.18) เป็น 85.35 (SD = 14.92) และพฤติกรรมในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าคะแนนเฉลี่ยจาก 68.21 (S.D. 21.48) เป็น 85.68 (S.D. 17.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

งานวิจัยนี้ชุดกิจกรรมการให้ความรู้ประกอบสื่อสามารถเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้ จึงควรนำไปใช้เพื่อขยายผลต่อไป

คำสำคัญ: ชุดกิจกรรมการให้ความรู้, ความรู้, ทัศนคติ, พฤติกรรมในการป้องกันของบุหรี่ไฟฟ้า, บุหรี่ไฟฟ้า, นักเรียนระดับมัธยมศึกษา

---

[1]อาจารย์, [2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์, [3]นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3

[1, 2, 3]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนน ขอนแก่น

*Corresponding Author: วชิรศักดิ์ อภิพัตฐ์กานต์ e-mail: wachirasak.a@bcnkk.ac.th

Effects of an Educational Activity Package on Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors toward E-cigarette Use among Junior High School Students in Khon Kaen Province

Nuanlaoong Thongkote[1],Wachirasak aphiphatkan[1*],Piyanuch Phinyo[2], Kittima Saensunon[3], Kittiphat Thawansereewatthana[3],Thitinan Tunhao[3],Paweena Sonthisamphan[3],Arisa Suwanmajo[3], Atsadangkoon Khoonkaew[3].

(Received: 8th April 2026, Revised: 13th July 2026, Accepted: 13th July 2026)

Abstract

This research is a quasi-experimental study using a one-group pretest-posttest design. The objective was to compare the knowledge, attitudes, and preventive behaviors regarding e-cigarettes among grade 7-9 students before and after receiving the educational activity package. The sample consisted of 34 grade 7-9 students. The experimental instrument was an educational activity package consisting of a lung model and a video clip. Data collection tools included questionnaires on general information, knowledge about cigarettes, attitudes towards smoking, and an assessment of preventive behaviors regarding e-cigarettes. Data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean, and paired sample T-test.

The results showed that 29.41% of males and 70.59% of females. After receiving the educational activity package, the sample group had a statistically significant increase in average scores of knowledge, attitudes, and preventive behaviors regarding e-cigarettes. The average scores for knowledge increased from 13.32 (SD 4.36) to 18.00 (SD 3.32), attitudes increased from 70.03 (SD = 16.18) to 85.35 (SD = 14.92), and the average score for e-cigarette prevention behavior increased from 68.21 (SD 21.48) to 85.68 (SD 17.44), all showing statistically significant differences ($p < .05$).

This research demonstrates that the educational activities incorporating media can significantly improve knowledge, attitudes, and behaviors regarding e-cigarette prevention among junior high school students. Therefore, this approach should be expanded upon for further study.

Keywords: Educational Activity Package, Knowledge, attitudes, and preventive behaviors, e-cigarettes, high school students.

[1]Bachelor, [2]Assistant Professor, [3]Bachelor of Nursing Science 3 level

[1, 2, 3]Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

*Corresponding author: Wachirasak aphiphatkan e-mail: wachirasak.a@bcnkk.ac.th

บทนำ

บุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัญหาสุขภาพสาธารณะที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางต่อการได้รับอิทธิพลจากสื่อการตลาด และแรงกดดันทางสังคม ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้ามักได้รับการออกแบบให้มีรูปลักษณ์ทันสมัย มีกลิ่นและรสชาติที่หลากหลาย รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์อย่างแพร่หลาย ส่งผลให้เยาวชนเกิดการรับรู้ในเชิงบวกและมีแนวโน้มทดลองใช้เพิ่มขึ้น[1] แม้ว่าบุหรี่ไฟฟ้าจะถูกนำเสนอว่าเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยกว่าบุหรี่ธรรมดา แต่หลักฐานทางวิชาการชี้ให้เห็นว่าการได้รับนิโคตินในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่นสามารถส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของสมอง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสพติด และก่อให้เกิดผลเสียต่อระบบทางเดินหายใจและระบบหัวใจและหลอดเลือด[2] นอกจากนี้ ยังมีรายงานผู้ป่วยภาวะปอดอักเสบจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (E-cigarette or Vaping Product Use-Associated Lung Injury: EVALI) ในหลายประเทศ ซึ่งสะท้อนถึงความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพจากการใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว[3]

นโยบายบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยยังคงมีความเข้มงวดและ "ถือเป็นสิ่งผิดกฎหมาย" โดยครอบคลุมทั้งการนำเข้า การขาย และการครอบครอง ในประเทศไทย อาทิ พ.ร.บ. ศุลกากร พ.ศ. 2560: การครอบครองบุหรี่ไฟฟ้าถือเป็นความผิดฐานรับไว้ ประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่อง กำหนดให้บารากู่และบารากู่ไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่ต้องห้าม ในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557 ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ[4] พบจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) แยกเป็นผู้ที่สูบเป็นประจำ 9.4 ล้านคน (ร้อยละ 16.8) และเป็นผู้ที่สูบนาน ๆ ครั้ง 1.3 ล้านคน (ร้อยละ 2.2) การสูบบุหรี่ไฟฟ้า 78,742 คน เป็นกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นถึงตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี มากถึงร้อยละ 30.54[5] และ ปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่เกิดจากความต้องการเข้าสังคม เป็นพฤติกรรมการเลียนแบบจากคนรอบข้าง ได้รับแรงจูงใจจากสื่อโฆษณา และการมีทัศนคติที่ดีต่อบุหรี่ไฟฟ้า[3] แสดงให้เห็นว่า แม้ว่าประเทศไทยจะมีมาตรการทางกฎหมายที่ห้ามนำเข้า จำหน่าย และครอบครองบุหรี่ไฟฟ้าอย่างชัดเจน แต่สถานการณ์การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนยังคงเป็นประเด็นที่น่ากังวล

สำหรับจังหวัดขอนแก่น จากข้อมูลการเฝ้าระวังในโรงเรียนพื้นที่ศึกษาพบว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเริ่มมีพฤติกรรมทดลองใช้บุหรี่ไฟฟ้าตั้งแต่อายุยังน้อย ร้อยละ 18 และมีแนวโน้มที่สูงขึ้น[6] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนามาตรการส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียนและวัยรุ่นในพื้นที่ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ ลดความเข้าใจคลาดเคลื่อน และส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิด Health Belief Model (HBM) อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ[7] ขณะที่แนวคิด

KAP Model (Knowledge-Attitude-Practice Model) เสนอว่าความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและส่งผลต่อพฤติกรรมในที่สุด[8] ดังนั้น การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนเห็นผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเป็นรูปธรรม จึงอาจส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ในประเทศไทยมุ่งศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า หรือประเมินผลของการให้ความรู้ผ่านการบรรยายและสื่อทั่วไป ขณะที่ยังมีการศึกษาจำนวนจำกัดเกี่ยวกับการใช้นวัตกรรมสื่อการเรียนรู้เชิงปฏิสัมพันธ์ โดยเฉพาะ “แบบจำลองโมเดลปอด” ที่สามารถแสดงผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าต่อระบบทางเดินหายใจในลักษณะที่ผู้เรียนมองเห็นและมีส่วนร่วมได้จริง จึงนับเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม โดยเฉพาะในบริบทโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาของประเทศไทย

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาชุดกิจกรรมการให้ความรู้ประกอบสื่อ ซึ่งประกอบด้วยแบบจำลองโมเดลปอดและสื่อวิดีโอ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า และศึกษาผลของกิจกรรมดังกล่าวต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน สนับสนุนการป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนมาตรการควบคุมและป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในสถานศึกษาและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 หลังได้รับชุดกิจกรรมให้ความรู้ประกอบสื่อสูงกว่าก่อนได้รับชุดกิจกรรมให้ความรู้ประกอบสื่อหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-3 ก่อนและหลังได้รับชุดกิจกรรมให้ความรู้ประกอบสื่อ

2.เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-3 ก่อนและหลังได้รับชุดกิจกรรมให้ความรู้ประกอบสื่อ

3.เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ก่อนและหลังได้รับชุดกิจกรรมให้ความรู้ประกอบสื่อ

สมมติฐานการวิจัย

1.คะแนนเฉลี่ยของความรู้ ในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-3 หลังได้รับชุดกิจกรรมให้ความรู้ประกอบสื่อสูงกว่าก่อนทดลอง

2.คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-3 หลังได้รับชุดกิจกรรมให้ความรู้ประกอบสื่อ สูงกว่าก่อนทดลอง

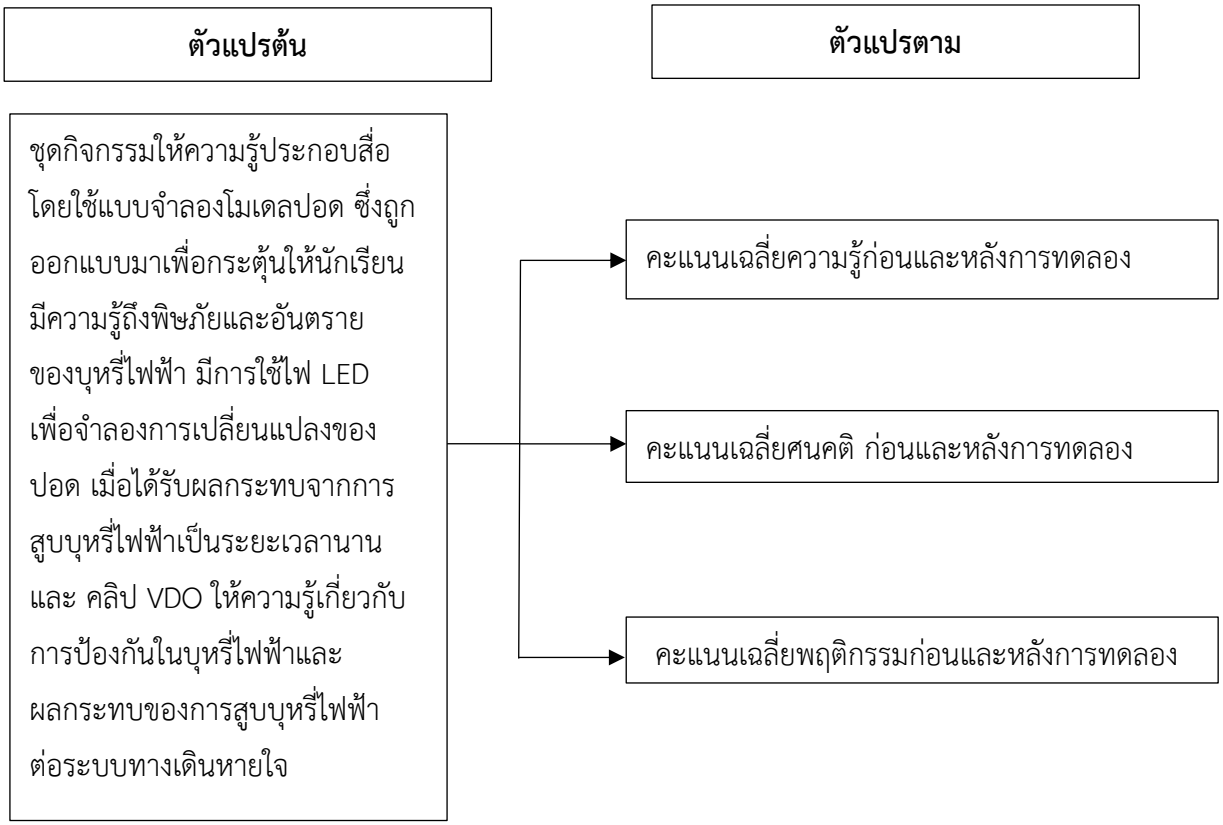
3.คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับชั้น

มัธยมศึกษาปีที่ 1-3 หลังได้รับชุดกิจกรรมให้ความรู้ประกอบสื่อ สูงกว่าก่อนทดลอง

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (One Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ก่อนและหลังได้รับชุดกิจกรรมให้ความรู้ประกอบสื่อโดยนวัตกรรมแบบจำลองโมเดลปอด ดำเนินการระหว่างวันที่ 25 กันยายน 2568 - 23 ตุลาคม 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) วัดผล แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังได้รับชุดกิจกรรมให้ความรู้ประกอบสื่อ (One Group Pretest-Posttest Design) การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 25 กันยายน 2568 - 23 ตุลาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ทั้งหมด 114 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3

2. ไม่มีปัญหาด้านการฟังและการพูด

3. สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนสิ้นสุดการทดลอง

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

1.กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา ด้วยเหตุผลส่วนตัว

2. กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่อาศัย ไม่สามารถติดต่อได้

3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G * Power Version 3.1.9.7 โดยเลือกการทดสอบ T – test กำหนดอำนาจ การทดสอบ (β) ที่ 0.80 ความเชื่อมั่น($\propto$) ที่ 0.05 และกำหนดค่าอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.50 ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 34 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งนักเรียนตามชั้นปีที่นักเรียนกำลังศึกษา และในแต่ละชั้นปีทำการจับสลากสุ่มแบบง่ายเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนในแต่ละชั้นปี รวมจำนวน 34 คน ซึ่งจะใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ระดับชั้น	นักเรียนทั้งหมด (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	37	11
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	45	13
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	32	10

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ชุดกิจกรรมการให้ความรู้ประกอบสื่อประกอบด้วย เนื้อหา กิจกรรม และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ องค์ประกอบหลักคือ

1.1 แบบจำลองโมเดลปอด ถูกออกแบบมาเพื่อกระตุ้นให้นักเรียนมีความรู้ถึงพิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้า โดยปอดมีการขยายตัว หายใจเข้า-ออก และมีการใช้ไฟ LED เพื่อจำลองการเปลี่ยนแปลงของปอดเมื่อได้รับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นระยะเวลานาน

1.2 คลิป VDO ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันในบุหรี่ไฟฟ้าและผลกระทบของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่อระบบทางเดินหายใจ

2. แบบสอบถามและแบบวัดผลลัพธ์ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้น รายได้

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ แบบเลือกตอบ 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติ แบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ 20 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 12 ข้อ และคำถามเชิงลบ 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรม แบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ 20 ข้อ คะแนน เต็ม 100 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทดลองเป็นชุดกิจกรรมการให้ความรู้ประกอบสื่อ ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (S-CVI) 0.90 มีค่าสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ > 0.80

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (S-CVI) มีค่าสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ > 0.80

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบวัดไปทดลองใช้ในในอีกโรงเรียนหนึ่ง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น ดังนี้

1. แบบวัดความรู้ (Knowledge) ใช้สูตร KR-20: ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.897

2. แบบสอบถามทัศนคติ (Attitude) ใช้ Cronbach's Alpha Coefficient: ค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.783

3. แบบสอบถามพฤติกรรม (Practice) ใช้ Cronbach's Alpha Coefficient: ค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.95

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นก่อนดำเนินการ ชี้แจงวัตถุประสงค์และรับความยินยอมจากผู้ปกครองและนักเรียน จากนั้นเก็บข้อมูลพื้นฐานและวัดผลความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรม (Pre-test) ผ่าน Google Form

2. ขั้นดำเนินการ ดำเนินชุดกิจกรรมตามแผนรวม 4 สัปดาห์ (ระหว่าง 25 กันยายน – 23 ตุลาคม 2568) โดย

สัปดาห์ที่ 1 ได้ดำเนินการทดสอบก่อนให้ความรู้ โดยใช้แบบสอบถาม Pre test จาก google form และสอนให้ความรู้โดยใช้สื่อประกอบ ในวันพฤหัสบดีที่ 2 ตุลาคม 2568 เวลา 13:00 - 15:00 น. เป็นเวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 ได้ดำเนินการให้ความรู้ โดยใช้แบบจำลองโมเดลปอด ในวันพฤหัสบดีที่ 9 ตุลาคม 2568 เวลา 13:00 - 15:00 น. เป็นเวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3 ได้ดำเนินการให้ดูคลิปและสาธิตย้อนกลับแบบจำลองโมเดลปอด ในวันพฤหัสบดีที่ 16 ตุลาคม 2568 เวลา 13:00 - 15:00 น. เป็นเวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินการโดยใช้แบบสอบถาม post test จาก google form ในวันพฤหัสบดีที่ 23 ตุลาคม 2568 เวลา 13:00 - 15:00 น. เป็นเวลา 2 ชั่วโมง

3.ขั้นหลังดำเนินการ หลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 เก็บข้อมูลอีกครั้ง (Post-test) ผ่าน Google Form เพื่อวัดความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปและใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ Paired Sample T-Test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมก่อนและหลังได้รับชุดกิจกรรม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05

จริยธรรมในการวิจัย

วิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น หมายเลข IRB-BCNKK-11-2025 วันที่ 19 กันยายน 2568 หลักความเคารพในความเป็นมนุษย์ โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนของการวิจัยอย่างชัดเจน และมีการขออนุญาตผู้ปกครองของนักเรียนก่อนและหลังการดำเนิน หลักผลประโยชน์ โดยไม่ปิดบังข้อมูล และยึดหลักความยุติธรรม โดยการยึดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน ไม่เลือกปฏิบัติ และให้ความเคารพสิทธิของกลุ่มเด็ก โดยผ่านการยินยอมจากผู้ปกครอง

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.59 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 29.41 ในด้านระดับชั้น ปี พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 32.35 ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 38.24 และระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 29.41สำหรับอายุ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุ 13 ปี ร้อยละ 32.35 อายุ 14 ปี ร้อยละ 38.24 และอายุ 15 ปี ร้อยละ 29.41 ส่วนรายรับที่ผู้ปกครองให้มาโรงเรียนต่อวัน พบว่ามีรายได้ 20–50 บาท ร้อยละ 29.41, 50–100 บาท ร้อยละ 38.24, 100–200 บาท ร้อยละ 29.41 และ มากกว่า 200 บาทขึ้นไป ร้อยละ 2.94

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง (N = 34)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	29.41
หญิง	24	70.59
ระดับชั้น		
ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	11	32.35
ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	13	38.24
ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	10	29.41
อายุ		
13 ปี	11	32.35

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง (N = 34) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
14 ปี	13	38.24
15 ปี	10	29.41
รายได้		
20-50 บาท	10	29.41
50-100 บาท	13	38.24
100-200 บาท	10	29.41
มากกว่า 200 บาท ขึ้นไป	1	2.94

ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า

ด้านความรู้ ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.36 หลังการทดลองคะแนนมีเฉลี่ยรวมเท่ากับ 18.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.32 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับชุดกิจกรรมให้ความรู้ประกอบสื่อ (N=34)

ตัวแปร	Mean	S.D.	t	P
ความรู้ก่อนการทดลอง	13.32	4.36	-5.387	<.001*
ความรู้หลังการทดลอง	18.00	3.32		

*p-value = 0.05

ด้านทัศนคติ ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 70.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.18 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 85.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 14.92 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับชุดกิจกรรมให้ความรู้ประกอบสื่อ (N=34)

ตัวแปร	Mean	S.D.	t	P
ทัศนคติก่อนการทดลอง	70.03	16.18	-3.614	<.001*
ทัศนคติหลังการทดลอง	85.35	14.92		

*p-value = 0.05

ด้านพฤติกรรม ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 68.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 21.47 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 85.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 17.44 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับชุดกิจกรรมให้ความรู้ประกอบสื่อ

ตัวแปร	Mean	S.D.	t	P
พฤติกรรมก่อนการทดลอง	68.2059	21.47695	-4.057	<.001*
พฤติกรรมหลังการทดลอง	85.6765	17.44032		

*p-value = 0.05

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาผลของชุดกิจกรรมให้ความรู้ประกอบสื่อ ที่มีต่อการส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งผลการวิจัยพบว่าคะแนนทั้งสามด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมการทดลองดังกล่าวมีประสิทธิผล อย่างไรก็ตามการอธิบายผลลัพธ์ดังกล่าวจำเป็นต้องพิจารณาเชิงกลไกและบริบทของผู้เรียนร่วมด้วย

ในด้านลักษณะประชากร โดยกลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1–3 จำนวน 34 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.59 และเพศชายร้อยละ 29.41 อยู่ในช่วงอายุ 13–15 ปี โดยเฉพาะอายุ 14 ปี ที่มีสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 38.2) ซึ่งเป็นวัยที่มีการพัฒนาทางสมองส่วนการตัดสินใจ (prefrontal cortex) ยังไม่สมบูรณ์และมีแนวโน้มได้รับอิทธิพลจากเพื่อนและสิ่งแวดล้อมสูง การที่กิจกรรมให้ความรู้ถูกออกแบบให้สอดคล้องกับช่วงวัยดังกล่าว เช่น การใช้สื่อภาพจำลองและสถานการณ์จริง อาจช่วยกระตุ้น “การรับรู้ความเสี่ยง (risk perception)” และ “การตระหนักรู้ (awareness)” ได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามแนวคิดของ Health Belief Model (HBM) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Steinberg[9] ที่ชี้ว่าวัยรุ่นตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เป็นรูปธรรมและมีอารมณ์ร่วมได้ดีกว่าข้อมูลเชิงนามธรรม

และวัยนี้ เป็นช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อที่มีความเปราะบางต่อการรับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมและเพื่อนฝูง สอดคล้องกับงานวิจัยของจุฑามาศ มณีกุล[10] และกิติพงษ์ เรือนเพ็ชร และคณะ[11] ที่พบว่าวัยรุ่นช่วงต้น โดยเฉพาะช่วงอายุ 14–15 ปี เป็นช่วงสำคัญที่มักเริ่มทดลองใช้สารเสพติดและบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งการให้ความรู้และเสริมทักษะในช่วงวัยนี้จะสามารถลดโอกาสการเข้าสู่พฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในด้านรายได้ พบว่านักเรียนส่วนใหญ่ได้รับเงินจากผู้ปกครองในช่วง 50–100 บาทต่อวัน (ร้อยละ 38.24) ซึ่งแม้จะไม่ใช่จำนวนเงินที่สูงนัก แต่ก็เพียงพอสำหรับการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า หากขาดการให้ความรู้หรือทักษะในการปฏิเสธ จึงชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมเสี่ยงไม่ได้ขึ้นอยู่กับ

ความสามารถในการเข้าถึงเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับ “ทักษะการปฏิเสธ” และ “ความตระหนักรู้” เป็นสำคัญ ดังนั้น การที่กิจกรรมมีองค์ประกอบของการฝึกทักษะ (skill-based learning) เช่น การปฏิเสธแรงกดดันจากเพื่อน จึงมีบทบาทสำคัญในการลดพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Botvin & Griffin[12] ที่พบว่าโปรแกรม Life Skills Training สามารถลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญ

การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

1. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า

นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเท่ากับ 13.32 (S.D. 4.36) และหลังจากได้รับชุดกิจกรรมให้ความรู้ประกอบสื่อมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 18.00 คะแนน (S.D. 3.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สามารถอธิบายได้จากลักษณะของกิจกรรมที่ใช้ “สื่อผสม (multimedia learning)” เช่น แบบจำลองปอดและวิดีโอ ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้แบบมีความหมาย (meaningful learning) มากกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว ตามทฤษฎี Cognitive Theory of Multimedia Learning[13] ที่ระบุว่าการใช้ภาพและเสียงร่วมกันช่วยเพิ่มการประมวลผลข้อมูลในสมอง

และกิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถส่งเสริมความรู้ใหม่ที่ถูกต้องและลดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิด KAP Model (Knowledge-Attitude-Practice)[14] ที่อธิบายว่าความรู้เป็นรากฐานสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่านการปรับทัศนคติอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนธร กานตอาภา[15] และ ปริมประภา ก้อนแก้ว, กู้เกียรติ ก้อนแก้ว[16] ระบุว่าการเสริมสร้างความรู้ให้แก่เยาวชนสามารถลดความตั้งใจในการใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้า

คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติก่อนได้รับชุดกิจกรรมประกอบสื่อมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 70.03 (S.D. 16.18) หลังได้รับชุดกิจกรรมประกอบสื่อมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 85.35 (S.D. 14.92) ซึ่งแสดงถึงการปรับทัศนคติไปในทิศทางที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ตามทฤษฎีของ Gibson et al.[17] ที่ชี้ว่าทัศนคติเป็นผลจากประสบการณ์ และการเรียนรู้ และสามารถปรับเปลี่ยนได้หากได้รับข้อมูลที่เหมาะสม งานวิจัยของ จุฑามาศ มณีกุล[7] ที่ชี้ให้เห็นว่าทัศนคติเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน โดยเฉพาะเมื่อมีการรับสื่อโฆษณาหรืออิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน และสอดคล้องกับงานของ Peters et al.[18] ที่พบว่าการกระตุ้นอารมณ์ร่วมสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารความเสี่ยงในวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาว่าการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในระยะสั้นอาจยังไม่คงอยู่ในระยะยาวหากไม่มีการเสริมแรง (reinforcement) อย่างต่อเนื่อง

3. พฤติกรรมในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมก่อนและหลังได้รับชุดกิจกรรมประกอบสื่อ พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 68.20 (S.D. 21.47) เป็น 85.67 (S.D. 17.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สะท้อนว่าการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถ

นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมได้จริง สอดคล้องกับงานของ กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร และคณะ[11] ที่พบว่าการเสริมสร้างทักษะ เช่น การปฏิเสธ การรับมือกับแรงกดดันจากเพื่อน และการตระหนักรู้ถึงอันตราย มีผลโดยตรงต่อการลดการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่น

นอกจากนี้ การเรียนรู้ผ่านแบบจำลองและการมีส่วนร่วมยังอาจช่วยให้ผู้เรียนเกิด observational learning ซึ่งส่งผลต่อการนำไปใช้ในชีวิตจริง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sussman et al.[19] ที่พบว่าโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ที่เน้นทักษะชีวิตและการมีส่วนร่วมสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การใช้การวิจัยแบบกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มควบคุม และขนาดตัวอย่างน้อย อาจส่งผลต่อความเที่ยงตรงของข้อมูล และ ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมในงานวิจัยนี้วัดในระยะสั้น และใช้แบบประเมินตนเอง (self-report) ซึ่งอาจมี social desirability bias ดังนั้นจึงควรมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อยืนยันความยั่งยืนของพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาแบบจำลองโมเดลปอดให้มีเสียงประกอบ เพื่อช่วยให้ผู้ใช้งานเข้าใจการทำงานของระบบหายใจได้อย่างชัดเจน สมจริง และกระตุ้นความสนใจในการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น

2. ปรับปรุงวัสดุที่ใช้ในการสร้างแบบจำลองให้มีความคงทนมากขึ้น เพื่อให้สามารถใช้งานได้ในระยะยาว โดยเฉพาะในบริบทของการเรียนการสอนหรือการวิจัยที่ต้องใช้ซ้ำหลายครั้ง

3. ควรมีการประยุกต์เนื้อหาความรู้เข้าไปในหลักสูตรการจัดการเรียนการสอน เช่น วิชาสุขศึกษา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาที่มีกิจกรรมการทดลองที่ยาวนานขึ้น และมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

2. ขยายจำนวนโรงเรียนหรือสถานที่ทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นตั้งแต่ระดับจังหวัดขึ้นไป เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย และสามารถนำผลไปประยุกต์ใช้ในวงกว้างได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. ภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบูรณ์, โยธกานต์ แก้วกลม, ปวีณา เทพรักษ์, รุสช์ดา สะสมะแอ, หทัยรัตน์ ทับทิม, วัชราภรณ์ แน่นอน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการนอร์ทเทิร์น. 2567;11(3):45-58.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Outbreak of lung injury associated with the use of e-cigarette, or vaping, products; 2020.
3. World Health Organization. Tobacco: E-cigarettes. [Internet]. 2024; [cite 2026 Mar.30].Available from: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-e-cigarettes
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.

2560. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์ดีการพิมพ์ จำกัด; 2560.

5. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.). เยาวชนรุ่นใหม่ห่างไกลบุหรี่ไฟฟ้า [อินเทอร์เน็ต]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ 15 ส.ค. 2568]; เข้าถึงได้จาก https://www.trc.or.th/th/ข่าวสาร/ข่าวเผยแพร่/ press-release-ศจย/708-เยาวชนรุ่นใหม่-ห่างไกลบุหรี่ไฟฟ้า.html.
6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) ขอนแก่นประกาศวาระระดับจังหวัด ชูแคมเปญ “หยุดยั้งเยาวชนจากยาเสพติด บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า #นิโคตินเสพติด จนตาย” วันงดสูบบุหรี่โลก 2569 เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2569. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealth.or.th/p/0Yxp9lEL1
7. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 1974;2(4):328–35.
8. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. Taxonomy of Educational Objectives: Handbook I: Cognitive Domain. New York: David McKay; 1956.
9. Steinberg, L. D. Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence. Houghton Mifflin Harcourt, 2014.
10. จุฑามาศ มณีกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดฉะเชิงเทรา [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2566.
11. กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร, ปัณณทัต บนขุนทด, ถาวรีย์ แสงงาม, ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ, ศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์. บทบาทพยาบาลในการป้องกัน ลด ละ เลิกบุหรี่ไฟฟ้าใน วัยรุ่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(38): 619–31.
12. Botvin, G. J., Griffin, K. W. Life skills training: Empirical findings and future directions. The Journal of Primary Prevention. 2004;25(2):211–32.
13. Mayer, R. E. Multimedia learning. 2nd ed. Cambridge University Press; 2009.
14. Bloom, B. S. (Ed.), Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., Krathwohl, D. R. Taxonomy of educational objectives, handbook I: The cognitive domain. New York: David McKay Co Inc., 1956.
15. ธนธร กานตอาภา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2564;28(2):41–52.
16. ปริมประภา ก้อนแก้ว, กู้เกียรติ ก้อนแก้ว. การรับรู้ ทัศนคติ การเข้าถึงบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ และความตั้งใจที่จะใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนในระบบ

การศึกษาภาคเหนือ ประเทศไทย. วารสารควบคุม โรค. 2565;48(3):551-62.

17. Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., Donnelly, J. H., & Konopaske, R. Organizations: Behavior, structure, processes. 10th ed. McGraw-Hill; 2000.
18. Peters, G. J. Y., Ruiter, R. A. C., Kok, G. Threatening communication: A critical re-analysis and a revised meta-analytic test of fear appeal theory. Health Psychology Review, 7(Suppl 1). 2013;S8–S31.
19. Sussman, S., Sun, P., Dent, C. W. A meta-analysis of teen cigarette smoking cessation. Health Psychology. 2012;31(2):211–20.

การพัฒนาแผนกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานระดับประเทศ พ.ศ. 2568-2580

ชลพันธ์ ปิยถาวรอนันต์[1*], กมลนิตย์ มาลัย[2], ฐาปะณี คงรุ่งเรือง[3], กชธนาณัฏฐ์ โพธิมา[4], ศิรินทรา พินิจกุล[5], จิรนันท์ สุวะไกร[6], อัจฉราภา กลิ่นสุวรรณ[7]

(วันที่รับบทความ: 18 กรกฎาคม 2569, วันที่แก้ไข: 4 สิงหาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 4 สิงหาคม 2569)

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดและภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ส่งผลให้การส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงาน (อายุ 15–59 ปี) เป็นวาระเร่งด่วนระดับชาติเพื่อรักษาฐานผลิตภาพแรงงานของประเทศ การวิจัยเชิงคุณภาพแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำแผนกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานระดับประเทศ พ.ศ. 2568–2580 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 50 คน จากผู้แทนภาคเอกชน ผู้ทรงคุณวุฒิ และหน่วยงานภาครัฐ 6 กระทรวงหลัก ใช้ข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการสนทนากลุ่มย่อย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงประเด็นร่วมกับกรอบทฤษฎีสายธารพหุคูณ (MSF) และการวิเคราะห์ SWOT/TOWS Matrix ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการสังเคราะห์ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (HiAP) สามารถสนับสนุนสายธารนโยบาย เพื่อนำไปสู่การเปิดหน้าต่างแห่งโอกาสเชิงนโยบาย (Policy Window) เพื่อตอบสนองต่อเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ร่วม 4 ประการ (4Gs) ได้แก่ Good Job, Good Insurance, Good Health และ Good Environment และได้ข้อสรุปเป็น 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) ขับเคลื่อนนโยบายและบริหารจัดการระบบแบบบูรณาการเพื่อลดวิกฤตสุขภาพอย่างทั่วถึง (2) ส่งเสริมและพัฒนาวัยทำงานให้รอบรู้ทางสุขภาพและจัดการสุขภาพดีได้ด้วยตนเอง (3) พัฒนาเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานทั่วประเทศให้เข้มแข็งและเชื่อมโยงกับสากล (4) ส่งเสริมสุขภาพและจัดการระบบนิเวศสุขภาพในที่ทำงานเพื่อเพิ่มผลิตภาพแรงงาน และ (5) พัฒนาระบบบริการสุขภาพและสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพวิถีใหม่ ข้อค้นพบนี้ช่วยสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกันของภาคีเครือข่าย และเป็นต้นแบบแผนยุทธศาสตร์ที่พร้อมนำไปปฏิบัติจริงเพื่อยกระดับสุขภาวะและผลิตภาพแรงงานของประเทศได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ, ประชากรวัยทำงาน, แผนกลยุทธ์, ผลิตภาพแรงงาน, การกำหนดนโยบาย

[1]นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ [2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ [3]นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
[4-5]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ [6]นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ [7]นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ
[1]สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย
[2-7]สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
*Corresponding author: ชลพันธ์ ปิยถาวรอนันต์ e-mail: chon.piya124@gmail.com

Development of National Strategic Plan for Health Promotion in Working age in Thailand : 2025-2037.

Chonlaphan Piyathawornanan[1*], Kamolnit Malai[2], Tapanee Kongrungrueang[3], Kotthananat Pothima[4], Sirintra Pinitkul[5], Jiranan Suwakai[6], Atcharapa Klinsuwan[7]

(Received: 18th July 2026, Revised: 4th August 2026, Accepted: 4th August 2026)

Abstract

The demographic transition toward a super-aged society and the rising burden of non-communicable diseases (NCDs) have rendered health promotion for the working-age population (aged 15–59 years) an urgent national agenda to sustain labor productivity. This participatory qualitative research aimed to develop the National Health Promotion Strategic Plan for the Working-Age Population (2025–2037). Purposive sampling was employed to select 50 participants, comprising subject matter experts, private sector representatives, and public sector officials across six major ministries. Data gathered through document reviews, workshops, and focus group discussions were analyzed using thematic analysis in conjunction with the Multiple Streams Framework (MSF) and SWOT/TOWS Matrix. The findings revealed that the Health in All Policies (HiAP) synthesis process potentially enhanced Policy stream that led to the opening of a "policy window" to drive four core joint strategic goals (4Gs): Good Job, Good Insurance, Good Health, and Good Environment. The research culminated in five core strategic pillars: (1) strengthening integrated policy drive and multisectoral governance for equitable health crisis management, (2) empowering individual health literacy and active self-management toward healthy aging, (3) building robust, community-led health networks nationwide with international alignment, (4) optimizing healthy workplace ecosystems to enhance labor productivity and economic competitiveness, and (5) advancing digital health innovations and next-normal service models to tackle emerging health transitions. These outcomes establish collective ownership among stakeholders, serving as a robust model for sustainable and real-world national policy implementation.

Keywords: Health Promotion, Working Population, Strategic Planning, Labour Productivity, Policy Development

[1]Medical Physician (Senior Professional Level), [2]Registered Nurse (Professional Level),[3]Plan and Policy Analyst (Senior Professional Level),[4-5]Public Health Technical Officer (Professional Level),[6]Public Health Technical Officer (Practitioner Level),[7]Social Worker (Practitioner Level).

[1] Metropolitan Health and Wellness Institution, Department of Health.

[2-7] Bureau of Health Promotion, Department of Health.

*Corresponding author: Chonlaphan Piyathawornanan e-mail: chon.piya124@gmail.com

บทนำ

ประชาชนวัยทำงานเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ซึ่งมีบทบาทต่อผลิตภาพแรงงานการพัฒนาทุนมนุษย์และการเติบโตทางเศรษฐกิจ[1] อย่างไรก็ตามประเทศไทยกำลังเผชิญการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว[2, 3] ควบคู่กับการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs)[4, 5] พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ภาวะเครียดจากการทำงาน และปัจจัยเสี่ยงด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพการทำงานของประชาชนวัยทำงานอย่างต่อเนื่อง [6-9]

แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องมากมายเกี่ยวกับด้านการพัฒนาทุนมนุษย์ ด้านการลดภาระโรค และด้านการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนวัยทำงาน [10-13] ที่สอดรับกับทิศทาง นโยบาย และมาตรการต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับนานาชาติ ไปจนถึงระดับท้องถิ่นเช่น กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) การดำเนินงานแบบ Health in All Policies[14] และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) [15] แต่การดำเนินงานด้านสุขภาพวัยทำงานยังแยกส่วนขาดการบูรณาการข้อมูล กลไกการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้การขับเคลื่อนนโยบายยังไม่สามารถตอบสนองต่อความซับซ้อนของปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงยังไม่พบการศึกษาที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาแผนกลยุทธ์ระดับประเทศอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน การพัฒนาแผนกลยุทธ์ระดับประเทศด้านส่งเสริมสุขภาพจึงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการกำหนดทิศทาง เป้าหมาย และมาตรการที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้จึงประยุกต์ กรอบแนวคิดสายธารพหุคูณ (Multiple Streams Framework: MSF) ของ John Kingdon[16] มาเป็นฐานคิดหลักในการวิเคราะห์กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะในรูปของกระบวนการพัฒนาแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานระดับประเทศ ตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในระยะที่ 2 เป็นต้นไป (พ.ศ.2566-2580) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ การระดมความคิดเห็นจากผู้แทนหน่วยงานภาครัฐและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อให้ได้แผนกลยุทธ์ที่เหมาะสม สอดรับกับสายธารนโยบาย (Policy stream)

เมื่อการบรรจบกันของสายธารปัญหา (Problem Stream) และสายธารการเมือง (Politics Stream) และสายธารนโยบาย (Policy Stream) อันเป็นการเปิด "หน้าต่างโอกาสเชิงนโยบาย (Policy Window)" ที่นำไปสู่การตัดสินใจผลักดันนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหานี้โดยผู้มีอำนาจ อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

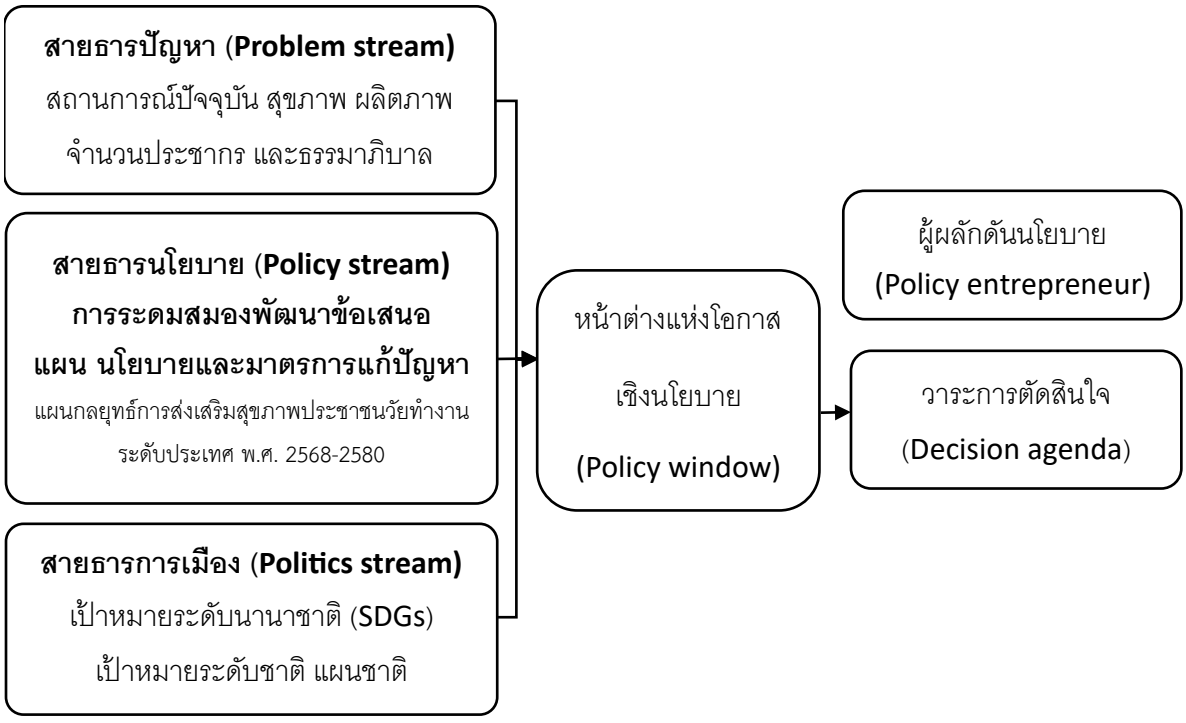
เพื่อจัดทำแผนกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานระดับประเทศ พ.ศ. 2568–2580 อย่างมีส่วนร่วม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Qualitative Research)[17] เพื่อพัฒนาแผนกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานระดับประเทศ โดยกำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

การศึกษามุ่งศึกษากระบวนการพัฒนาแผนกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานระดับประเทศ โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ การทบทวนสถานการณ์สุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน การวิเคราะห์บริบทเชิงนโยบายทั้งระดับประเทศและระดับสากล การระดมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมเชิงยุทธศาสตร์ด้วย SWOT Analysis และการสังเคราะห์ผลการวิเคราะห์เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาแผนกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานระดับประเทศ พ.ศ. 2568–2580

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดสายธารพหุคูณ (Multiple Streams Framework: MSF) ของ John Kingdon มาเป็นฐานคิดหลักในการวิเคราะห์กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อเสริมไปกับสายธารนโยบาย (Policy stream) ที่เมื่อไปบรรจบรวมกันกับสายธารปัญหา (Problem stream) และสายธารการเมือง (Politics stream) อันเป็นการเปิด "หน้าต่างแห่งนโยบาย

(Policy window)" ที่นำไปสู่การตัดสินใจผลักดันนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหานี้โดยผู้มีอำนาจผลักดันนโยบาย (Policy entrepreneur) ซึ่งสะท้อนแนวคิด Evidence-informed Policy Development ที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์รวมกับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการกำหนดนโยบายสาธารณะ (ภาพที่ 1)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร นักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการและการระดมสมอง จำนวน 50 คน มีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นบุคลากรจาก 3 ส่วนหลัก คือ (1) ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐจาก 6 กระทรวงหลัก (กระทรวงสาธารณสุข (สธ), กระทรวงแรงงาน (รง), กระทรวงมหาดไทย (มท), กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว), กระทรวงอุตสาหกรรม (อก), กระทรวงการคลัง (กค)) กระทรวงละ 5 คน ทั้งหมด 30 คน (2) ผู้แทนภาคเอกชน 10 คน และ (3) ผู้ทรงคุณวุฒิ 10 คน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) ในมาตรการส่งเสริมสุขภาพบางประการ (หากมีผู้แทนท่านใดติดภารกิจเร่งด่วน จะใช้วิธีส่งผู้แทนในระดับเดียวกันที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าเข้าร่วมแทน เพื่อป้องกันการขาดหายของข้อมูล)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบบันทึกการทบทวนเอกสาร (Document review form) ใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลจากเอกสารนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ รายงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มและการระดมสมอง (Focus group interview and brainstorming) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวางแผนเชิงกลยุทธ์ ประกอบด้วยประเด็นคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured questions) ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ สถานการณ์และปัญหาสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ บทบาทและความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โอกาสและความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางการพัฒนาแผนกลยุทธ์ระดับประเทศ ข้อเสนอแนะต่อการจัดทำแผนปฏิบัติการระยะเริ่มต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ถูกนำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ปรับปรุงและทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง มีค่าดัชนีสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาที่ใช้อธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ ข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ การสนทนากลุ่ม และการระดมสมองได้รับการบันทึกเสียงและบันทึกภาคสนาม จากนั้นถอดความคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนเข้าสู่กระบวนการ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

การวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) [18] โดยอ่านข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจบริบท ตรวจสอบข้อมูลแบบ Investigator Triangulation โดยมีคณะผู้วิจัยร่วมกันพิจารณากำหนดรหัสข้อมูล (Coding) จัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงกันและสังเคราะห์เป็นแก่นสาร (Themes)

การสังเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Synthesis) โดยนำประเด็นหลักที่ได้จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพมาวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกด้วย SWOT Analysis และสังเคราะห์ด้วย TOWS matrix สรุปเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issues) [19] เพื่อกำหนดกรอบแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการระดับประเทศ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยดำเนินการตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวกับมนุษย์ การเก็บรักษาความลับและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการอย่างเคร่งครัด และผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวกับมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 รหัสโครงการวิจัย 694/2567

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2567 ภายหลังได้รับการอนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัยและการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการวิจัย (มีนาคม 2567) ผู้วิจัยทบทวนเอกสาร งานวิจัย และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดและพัฒนาเครื่องมือวิจัย จากนั้นประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและจัดส่งหนังสือเชิญผู้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 2 การประชุมเพื่อพัฒนาและปรับปรุงแผนกลยุทธ์ และการประชาพิจารณ์ ได้แก่

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อ (1) พัฒนาร่างแผนกลยุทธ์ (เมษายน 2567) และ (2) ปรับปรุงร่างแผนกลยุทธ์ (พฤษภาคม 2567) ประกอบด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนบริบทเชิงนโยบาย และระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยภายในและภายนอกที่มีผลวิเคราะห์ SWOT analysis และสังเคราะห์ TOWS matrix เพื่อพัฒนาเป็นแผนกลยุทธ์

การประชุมประชาพิจารณ์เพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อร่างแผนกลยุทธ์ (มิถุนายน 2567) รับฟังความคิดเห็นจากผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่าย เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และ

ความสอดคล้องของร่างแผนกลยุทธ์ ก่อนนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงเป็นฉบับสมบูรณ์

ดำเนินการโดยผู้ดำเนินการประชุม 3 คน ที่ผ่านการอบรมระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ การสนทนากลุ่มย่อยแบ่งกลุ่มละ 8–10 คน ใช้เวลาการประชุมละ 1 วัน ดำเนินการอัดเสียงด้วยระบบดิจิทัล และจดบันทึกภาคสนาม เก็บรวบรวมข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) คือไม่มีคำหรือประเด็นใหม่เกิดขึ้นเพิ่มขึ้นในการประชาพิจารณ์ครั้งสุดท้าย

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล มีลักษณะตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมกระบวนการ

คุณลักษณะ	จำนวนคน (ร้อยละ)	คุณลักษณะ	จำนวนคน (ร้อยละ)
เพศ		ตำแหน่ง/บทบาทในการพัฒนานโยบาย	
ชาย	24 (48.0)	หัวหน้ากลุ่มงาน	12 (24.0)
หญิง	26 (52.0)	นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญ	15 (30.0)
อายุ(ปี)		ผู้ปฏิบัติงาน	3 (6.0)
30–39	11 (22.0)	ผู้แทนภาคเอกชน/สถานประกอบการ	10 (20.0)
40–49	18 (36.0)	ผู้แทนภาคีเครือข่าย/ภาคประชาสังคม	10 (20.0)
50–59	21 (42.0)		
ระดับการศึกษา		ประสบการณ์การทำงาน(ปี)	
ปริญญาตรี	7 (14.0)	<10	5 (10.0)
ปริญญาโท	28 (56.0)	10–19	12 (24.0)
ปริญญาเอก	15 (30.0)	20–29	22 (44.0)
		≥30	11 (22.0)

จากการทบทวนเอกสาร การประชุมเชิงปฏิบัติการจำนวน 3 ครั้ง และการประชาพิจารณ์ร่วมกับผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร สถานการณ์ เศรษฐกิจ การเมือง การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม พบว่า ประเทศไทยกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่สำคัญ คือ ในปี พ.ศ. 2567 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 22 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 36 ในปี พ.ศ. 2593 [2, 3] สะท้อนแนวโน้มการลดลงของแรงงานและความจำเป็นใน

การรักษาสุขภาพและผลิตภาพของประชากรวัยทำงานให้อยู่ในระดับสูง ขณะที่โรค NCDs ยังเป็นภาระสำคัญของประเทศ โดยคิดเป็นร้อยละ 67.8 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในปี พ.ศ. 2564[8] และการวิเคราะห์ของ WHO พบว่า NCDs ก่อให้เกิดต้นทุนทางเศรษฐกิจต่อประเทศไทยประมาณ 1.6 ล้านล้านบาทต่อปี (ร้อยละ 9.7 ของ GDP ปี พ.ศ. 2562[10]) โดยส่วนใหญ่เกิดจากการขาดงาน การทำงานขณะเจ็บป่วย และการออกจากตลาดแรงงานก่อนวัยอันควร[1] ด้านเศรษฐกิจประเทศไทยยังมีความเปราะบางจากการพึ่งพาการค้าและการท่องเที่ยวระหว่างประเทศ ขณะที่ความตึงเครียดทางภูมิรัฐศาสตร์ การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเพิ่มความไม่แน่นอนต่อเศรษฐกิจและตลาดแรงงาน[10, 20] นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและมลพิษทางอากาศยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและความสามารถในการทำงาน โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานที่ต้องทำงานกลางแจ้งหรือสัมผัสความร้อนและมลพิษเป็นเวลานาน[5, 8] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการยกระดับการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานจากมาตรการด้านสุขภาพเฉพาะภาคส่วนสู่การดำเนินงานแบบบูรณาการระหว่างภาคส่วน[14, 21] โดยใช้จุดแข็งด้านกลไกนโยบายและเครือข่ายที่มีอยู่ ควบคู่กับการพัฒนาระบบข้อมูลและการเข้าถึงบริการเพื่อลดข้อจำกัดเชิงระบบ และใช้โอกาสจากเทคโนโลยีดิจิทัลและความร่วมมือระหว่างภาคส่วนในการรับมือกับภาระ NCDs ความผันผวนทางเศรษฐกิจ และความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ผลจากกระบวนการประชุมเพื่อพัฒนาร่างแผนกลยุทธ์และการปรับปรุงร่างแผนกลยุทธ์ สะท้อนข้อคิดเห็นของผู้เข้าร่วมเกี่ยวกับความจำเป็นในการบูรณาการนโยบายระหว่างภาคส่วน การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ การลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยมีข้อเสนอว่า *"...การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานไม่ควรเป็นภารกิจของหน่วยงานสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว แต่ควรมีเป้าหมายร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง..."* และ *"...ควรมีระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับข้อมูลด้านการทำงานและปัจจัยทางสังคม เพื่อให้สามารถวางแผนการส่งเสริมสุขภาพได้ตรงกับปัญหา..."* รวมทั้งเสนอให้ให้ความสำคัญกับแรงงานนอกระบบและการพัฒนาสถานประกอบการที่เอื้อต่อสุขภาพ

2. ข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร การวิเคราะห์สถานการณ์ และการระดมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ถูกนำมาสังเคราะห์เป็นปัจจัยภายในและภายนอกของการวิเคราะห์ SWOT ซึ่งเป็นพื้นฐานในการสังเคราะห์ TOWS Matrix และกำหนดทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ (ตารางที่ 2) และนำไปสู่การพัฒนาเป็น (ร่าง) แผนกลยุทธ์

การสังเคราะห์ TOWS Matrix พิจารณาจากความสัมพันธ์เชิงยุทธศาสตร์ระหว่างปัจจัยภายในและภายนอก โดยคัดเลือกเฉพาะคู่ปัจจัยที่มีความเชื่อมโยงอย่างมีนัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมาย มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และสามารถพัฒนาเป็นกลยุทธ์ที่ชัดเจนได้ จึงมิได้กำหนดให้ทุกปัจจัยต้องถูกนำมาจับคู่ในทุกประเภทของกลยุทธ์ ทั้งนี้ ปัจจัยที่ไม่ปรากฏใน

บางช่องมิได้ถูกละเลย แต่เป็นปัจจัยสนับสนุนที่สามารถบูรณาการกับกลยุทธ์อื่น หรือไม่พบความสัมพันธ์เชิงยุทธศาสตร์ที่เด่นชัดเพียงพอสำหรับการกำหนดเป็นกลยุทธ์เฉพาะ

ตารางที่ 2 SWOT analysis และ TOWS Matrix และทิศทางการขับเคลื่อนกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงาน

ประเภทปัจจัย และองค์ประกอบจาก SWOT analysis		**ปัจจัยภายใน**	
		จุดแข็ง (S)	**จุดอ่อน (W)**
		S1: กลไกกฎหมายและยุทธศาสตร์ชาติชัดเจน [10] S2: โครงสร้างเครือข่ายครอบคลุม (เขต/ศอ./พชอ.) S3: ฐานข้อมูล (HDC) และชุดความรู้ (10 Packages) พร้อมใช้	W1: นโยบายขาดความต่อเนื่องตามการเปลี่ยนผู้บริหาร W2: ฐานข้อมูลสุขภาพข้ามกระทรวงแยกส่วน [5] W3: กำลังคนจำกัด/บริการเชิงรุกไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
ปัจจัยภายนอก	**โอกาส (O)**	**กลยุทธ์เชิงรุก (SO Strategies)**	**กลยุทธ์เชิงแก้ไข (WO Strategies)**
	O1: สังคมตื่นตัว/อปท. และ WHO ร่วมสนับสนุนงบประมาณ	● หนุนเสริมความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายระดับท้องถิ่น (อปท./ชุมชน/โรงงาน) เพื่อขยายตัวคูณแกนนำสุขภาพสู่ระดับหมู่บ้าน (S2+O1)	● วางกลไกแผนงานระยะยาวและระดมทุนร่วมกับภาคีเครือข่ายภายนอกเพื่อประกันความต่อเนื่องเชิงนโยบาย (W1+O1)
	O2: เทคโนโลยีดิจิทัล แพลตฟอร์มออนไลน์ และ AI ก้าวหน้า	● เร่งพัฒนา ความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และรูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองผ่านดิจิทัลแพลตฟอร์มเชิงรุก (S3+O2)	● พัฒนาระบบ ฐานข้อมูลกลางและนวัตกรรมบริการดิจิทัลวิถีใหม่เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพข้ามกระทรวงเพื่อส่งต่อกลุ่มเสี่ยง (W2+O2)
	อุปสรรค (T)	**กลยุทธ์เชิงป้องกัน (ST Strategies)**	**กลยุทธ์เชิงรับ (WT Strategies)**
	T1: วิกฤตสังคมสูงวัย/ภาระโรค NCDs และปัญหาสุขภาพจิตพุ่งสูง	● ขับเคลื่อนมาตรการทางกฎหมายและข้อบังคับอาชีวอนามัยบังคับใช้ในสถานประกอบการเพื่อลดความเสี่ยงโรค NCDs และอุบัติเหตุ (S1+T1)	● พัฒนาคลินิกปฐมภูมิ/รพ.สต. ในการคัดกรองความเครียดและ NCDs เชิงรุกเพื่อตั้งรับภาระโรคในอนาคต (W3+T1)

ตารางที่ 2 SWOT analysis และ TOWS Matrix และทิศทางการขับเคลื่อนกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงาน (ต่อ)

ประเภทปัจจัย และองค์ประกอบจาก SWOT analysis		ปัจจัยภายใน	
		จุดแข็ง (S)	**จุดอ่อน (W)**
ปัจจัยภายนอก	**อุปสรรค (T)**	**กลยุทธ์เชิงป้องกัน (ST Strategies)**	**กลยุทธ์เชิงรับ (WT Strategies)**
	T2: ภาวะเศรษฐกิจผันผวน/นายจ้างเน้นผลิตภาพแรงงานเป็นหลัก T3: ความเหลื่อมล้ำทางสังคมและดิจิทัลในการเข้าถึงข้อมูล	● ใช้องค์ความรู้ยกระดับ ระบบนิเวศสุขภาพในที่ทำงาน (Healthy Workplace) เพื่อจูงใจนายจ้างในการเพิ่มผลิตภาพแรงงาน (S3+T2)	● บูรณาการงบประมาณและทรัพยากรร่วมระดมพลังบริการเชิงรุก เพื่อ ลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มแรงงานนอกระบบและพื้นที่เฉพาะ (W3+T3)

แผนกลยุทธ์

ชื่อ แผนกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานระดับประเทศ พ.ศ. 2568 ถึง 2580 ความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ [22]

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570) ในหมุดหมายที่ 12 ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต [10] วิสัยทัศน์ “วัยทำงานสร้างสุขภาพดีได้ด้วยตนเอง และ สุขภาวะดีของวัยทำงานเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างมั่นคง ของประเทศภายในปี 2580” เป้าประสงค์และตัวชี้วัด เป้าประสงค์ร่วมกัน 4 เป้าหมาย (4Gs) ซึ่งประกอบด้วย

Good Job กลุ่มวัยทำงานได้รับการยกระดับศักยภาพ ทักษะและสมรรถนะให้มีคุณภาพมาตรฐาน และมีสุขภาวะที่ดี สามารถทำงานจนเพิ่มผลิตภาพที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (be healthy, high productivity) ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละประชากรที่มีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น อัตราการป่วย/การตายด้วยโรค NCDs ลดลง ผลิตภาพแรงงานสูงขึ้น

Good Insurance กลุ่มวัยทำงานมีหลักประกันในชีวิตทางสุขภาพ ของตนเองและครอบครัว เข้าถึงสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานในการ

ส่งเสริมสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละวัยทำงานที่มีหลักประกันในทางชีวิตและทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละวัยทำงานที่เข้าถึงสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน

Good Health กลุ่มวัยทำงานมีความรอบรู้สุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สามารถจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ลดวิกฤตสุขภาพในวัยทำงาน ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละประชากรที่มีความรอบรู้สุขภาพเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น

Good Environment กลุ่มวัยทำงานอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงาน การพัฒนา การเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์ และการมีสุขภาวะที่ดี ตัวชี้วัด ได้แก่ สิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลอาหารและน้ำ (อากาศ น้ำ อาหาร)

ประเด็นยุทธศาสตร์

จากการวิเคราะห์เนื้อหาและการจัดหมวดหมู่เชิงประเด็นของข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยได้จัดทำข้อเสนอเชิงปฏิบัติเป็น "5 กลยุทธ์การขับเคลื่อนสุขภาวะวัยทำงานเชิงรุก" ซึ่งเป็นกลไกหลักในการผลักดันให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าประสงค์ 4 ประการ ดังนี้

กลยุทธ์ที่ 1: การขับเคลื่อนนโยบายและบริหารจัดการระบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ เพื่อการจัดการปัญหาและวิกฤตสุขภาพวัยทำงานของประเทศให้ลดลงทั่วทุกพื้นที่อย่างทั่วถึง (Integrated Policy Drive & Governance) มุ่งพัฒนา การอภิบาลและการบูรณาการนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานผ่านความร่วมมือข้ามภาคส่วน เพื่อรองรับการจัดการปัจจัยเสี่ยงและวิกฤตสุขภาพของประเทศ สอดคล้องกับเป้าประสงค์ Good Insurance และ Good Health[20]

กลยุทธ์ที่ 2: การส่งเสริม และพัฒนาวัยทำงานให้รอบรู้ทางสุขภาพ และจัดการสุขภาพดีได้ด้วยตนเอง พร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดีอย่างยั่งยืน (Empowered Individual Health & Literacy) มุ่งปรับบทบาทของประชากรวัยทำงานพัฒนาให้เป็นผู้จัดการสุขภาพเชิงรุกด้วยตนเอง (Active Health Manager) ผ่านการสร้างความรอบรู้และนวัตกรรมที่ปฏิบัติได้จริงตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สอดคล้องกับ Good Health และ Good Job

กลยุทธ์ที่ 3: การพัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงานให้เข้มแข็ง และเชื่อมโยงกับสากล (Community-Led Health Networks) มุ่งการกระจายอำนาจและสร้างการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยผลักดันให้กลไกในระดับท้องถิ่นและชุมชน เป็นแกนหลักในการจัดบริการเชิงรุกเพื่อดูแลประชากรวัยทำงานทั้งในและนอกระบบ โดยเฉพาะที่มักตกสำรวจจากสวัสดิการภาครัฐ สอดคล้องกับ Good Insurance และ Good Environment

ตารางที่ 3 ความเชื่อมโยง (Strategic Alignment Matrix) ระหว่าง 5 กลยุทธ์กับ 4 กรอบเป้าประสงค์ (4Gs)

เป้าประสงค์ (4Gs)	กลยุทธ์หลัก (1° Alignment)	กลยุทธ์ที่ร่วม (2° Alignment)	สาระสำคัญของการเชื่อมโยงเชิงกลไก (Mechanism Linkage)
Good Job	4 ระบบนิเวศสุขภาพในที่ทำงาน	2 ความรอบรู้สุขภาพบุคคล 5 นวัตกรรมบริการดิจิทัล	การจัดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย (กลยุทธ์ 4) ควบคู่กับกำลังคนที่แข็งแรงจากการปรับพฤติกรรมสุขภาพ (กลยุทธ์ 2) และการติดตามความเสี่ยงผ่านระบบดิจิทัล (กลยุทธ์ 5) ช่วยลดอัตราการลาป่วยและการบาดเจ็บ ส่งผลให้ผลิตภาพแรงงานเติบโตอย่างมั่นคง
Good Insurance	1 การอภิบาลระบบบูรณาการ 3 เครือข่ายสุขภาพชุมชน	5 นวัตกรรมบริการดิจิทัล	การบูรณาการ 4 กระทรวงหลักเพื่อจัดทำนโยบายและงบประมาณร่วม (กลยุทธ์ 1) ผสานกับการกระจายอำนาจให้ อปท./รพ.สต. จัดบริการเชิงรุกในชุมชน (กลยุทธ์ 3) และระบบ Telemedicine (กลยุทธ์ 5) ช่วยทลายข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ์ตรวจสุขภาพของแรงงานนอกระบบและกลุ่มเปราะบาง
Good Health	2 ความรอบรู้สุขภาพบุคคล	1 การอภิบาลระบบบูรณาการ 5 นวัตกรรมบริการดิจิทัล	พลิกบทบาทประชากรสู่การเป็นผู้จัดการสุขภาพเชิงรุกผ่านการสร้างความฉลาดรู้ (กลยุทธ์ 2) โดยได้รับการหนุนเสริมจากมาตรการควบคุม NCDs ระดับชาติ (กลยุทธ์ 1) และระบบบันทึกสุขภาพดิจิทัลรายบุคคล (กลยุทธ์ 5) เพื่อควบคุมและลดวิกฤตโรคเรื้อรัง
Good Environment	4 ระบบนิเวศสุขภาพในที่ทำงาน	1 การอภิบาลระบบบูรณาการ	ยกระดับสุขาภิบาล การยศาสตร์ และอาชีวอนามัยในสถานประกอบการสู่ระดับมาตรฐานสากล (กลยุทธ์ 4) ร่วมกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมปัจจัยเสี่ยง (กลยุทธ์ 1) และการสร้างนิเวศชุมชนปลอดยาเสพติด/อุบัติเหตุทางถนนโดยกลไกท้องถิ่น (กลยุทธ์ 3)

กลยุทธ์ที่ 4: การส่งเสริมสุขภาพและการจัดการระบบนิเวศสุขภาพในที่ทำงานเพื่อการเพิ่มผลิตภาพเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน (Healthy Workplace Ecosystem & Productivity) ผสานมิติด้านสาธารณสุขกับมิติเศรษฐกิจและธุรกิจตามแนวคิด Health in All Policies (HiAP) ขับเคลื่อนนโยบายและการจัดการในสถานประกอบการ และสถานที่ทำงานเพื่อยกระดับสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมให้เป็นองค์กรสุขภาวะ ซึ่งสอดคล้องกับ Good Environment และ Good Job

กลยุทธ์ที่ 5: การพัฒนาและสร้างสรรค์นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพในวิถีใหม่ (Digital Health Innovation & Service) เป็นตัวเร่งกลไกเชิงระบบผ่านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ ในการบูรณาการฐานข้อมูลเพื่อการติดตามและส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกรายบุคคล ควบคู่กับการยกระดับสมรรถนะดิจิทัลแก่บุคลากร สอดคล้องกับ Good Insurance, Good Health, และ Good Job ตามตารางที่ 2

ผลลัพธ์ของการพัฒนาแผนกลยุทธ์

ผลการสังเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การจัดทำแผนกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานระดับประเทศ พ.ศ. 2568–2580 ซึ่งประกอบด้วย วิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ กลยุทธ์ ตัวชี้วัด และแนวทางดำเนินงานที่ได้รับฉันทามติจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสะท้อนศักยภาพของกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย.

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาแผนกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานระดับประเทศ พ.ศ. 2568–2580 สะท้อนให้เห็นมิติเชิงลึกของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ก้าวพ้นการดำเนินงานรูปแบบเดิม ซึ่งผลการวิจัยในประเด็นสำคัญสามารถนำมาอภิปรายภายใต้ทฤษฎี ข้อเปรียบเทียบระหว่างประเทศ และกรอบแนวคิดสากล ได้ดังนี้

การบริหารจัดการข้ามภาคส่วนและการบูรณาการเชิงนโยบาย (Multisectoral Governance & HiAP) ผลการวิจัยที่ตกผลึกเป็นกลยุทธ์ด้านการเสริมสร้างธรรมาภิบาลและความร่วมมือข้ามภาคส่วน (กลยุทธ์ที่ 1) ชี้ให้เห็นว่า เหตุผลสำคัญที่พบผลเช่นนี้ เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานมีความซับซ้อนเกินกว่าขีดความสามารถของกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว การขับเคลื่อนจึงต้องอาศัยกรอบทฤษฎี ความร่วมมือข้ามภาคส่วน (Multisectoral Governance) และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติบนแนวคิด Health in All Policies (HiAP) Implementation เพื่อทลายข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง (Silos) ของส่วนราชการที่มักแบ่งแยกงบประมาณและภารกิจ ผลการศึกษาสอดคล้องกับกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม และแนวคิดความร่วมมือข้ามภาคส่วน ซึ่งชี้ว่าการส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการนโยบายด้านสาธารณสุข แรงงาน เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ปรากฏการณ์นี้อธิบายได้ด้วยทฤษฎี Complex Adaptive Systems (CAS)[23] ที่มองว่าระบบสุขภาพวัยทำงานคือระบบพลวัตที่มีความ

ซับซ้อนและปรับตัวอยู่ตลอดเวลา การกำหนดนโยบายจึงต้องสร้างกลไกที่ยืดหยุ่น ยอมรับความหลากหลาย และเปิดโอกาสให้เครือข่ายระดับรากหญ้าได้มีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง

การเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพดิจิทัลและความฉลาดรู้ระดับบุคคล (Digital Health & Individual Empowerment) การค้นพบกลยุทธ์การพัฒนาระบบข้อมูลและการพลิกโฉมดิจิทัล (กลยุทธ์ที่ 2 และ 5) โดยเฉพาะความร่วมมือในระบบบันทึกสุขภาพดิจิทัลรายบุคคล (Personal Promotion Health Profile: PPHP) สะท้อนให้เห็นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีมาเป็น ตัวเร่งกลไกเชิงระบบ (Strategic Enabler) เนื่องจากข้อมูลสุขภาพในอดีตมีลักษณะแยกส่วนและเป็นข้อมูลเชิงตั้งรับ การเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Transformation) จึงเป็นหนทางที่จะทำให้เกิดระบบส่งเสริมสุขภาพที่มีความแม่นยำและตอบสนองได้เฉพาะเจาะจงรายบุคคล (Customized Health Tracking) ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิด Digital Health และ Health Literacy ที่สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพรายบุคคล เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสนับสนุนการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [15, 24]

ระบบนิเวศสุขภาพในที่ทำงานและการเพิ่มผลิตภาพกำลังคน (Healthy Workplace Ecosystem & Productivity) ผลลัพธ์ในการตกผลึกกลยุทธ์การจัดการระบบนิเวศสุขภาพในที่ทำงานเพื่อเพิ่มขีดความสามารถการแข่งขัน (กลยุทธ์ที่ 4) ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ผสานมิติด้านสาธารณสุขเข้ากับมิติเชิงเศรษฐกิจอย่างเป็นรูปธรรม เหตุผลเชิงลึกที่ต้องผลึกผลการวิจัยออกมาในลักษณะนี้ เกิดจากแรงกดดันทางโครงสร้างประชากรที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-Aged Society) ซึ่งทำให้กำลังแรงงานมีจำนวนลดลงอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงไม่สามารถปล่อยให้แรงงานเกิดภาวะป่วยหรือบาดเจ็บก่อนวัยอันควรได้ กลยุทธ์นี้สอดรับกับ ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิด Healthy Workplace ของ WHO และ ILO ที่ชี้ว่าการพัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงาน อาชีวอนามัย การยศาสตร์ และสุขภาวะทางจิต มีส่วนช่วยเพิ่มผลิตภาพแรงงานและลดการสูญเสียจากการเจ็บป่วย [25, 26]

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาแผนกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานระดับประเทศ พ.ศ. 2568–2580 บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์และการระดมสมองจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยกระบวนการสังเคราะห์ผลตามกรอบทฤษฎีสายธารพหุคูณ (MSF) ช่วยเปิดหน้าต่างแห่งโอกาสเชิงนโยบาย (Policy Window) นำไปสู่ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ที่ได้รับฉันทามติร่วมกันเพื่อตอบสนองต่อเป้าประสงค์สูงสุด 4 ประการ (4Gs) ผลการวิจัยนำไปสู่การพัฒนาแผนกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานระดับประเทศ พ.ศ. 2568–2580 ซึ่งประกอบด้วย 5 กลยุทธ์หลัก ครอบคลุมการอภิบาลระบบ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเสริมสร้างเครือข่าย การพัฒนาระบบนิเวศสุขภาพในที่ทำงาน และนวัตกรรม

บริการสุขภาพดิจิทัล เพื่อตอบสนองต่อเป้าประสงค์ทั้ง 4 ประการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จัดตั้งกลไกกำกับและขับเคลื่อนที่มีผู้แทนจากทุกภาคส่วน เพื่อกำหนดนโยบาย ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน [27] ด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน

พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพประชาชนวัยทำงาน เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง [3] สนับสนุนการวางแผน การกำหนดนโยบาย และการติดตามประเมินผลบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์

กำหนดตัวชี้วัดร่วม สำหรับการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพวัยทำงาน ทุกหน่วยงานใช้กรอบการประเมินผลในทิศทางเดียวกัน และสามารถเปรียบเทียบผลการดำเนินงานได้

ส่งเสริมการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมสุขภาพ เช่น ระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ปัญญาประดิษฐ์ และระบบติดตามสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ

สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของสถานประกอบการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [28] ให้มีบทบาทในการจัดการสุขภาพของประชาชนวัยทำงานตามบริบทของพื้นที่ และเชื่อมโยงกับกลไกการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ประเมินผลกระทบเชิงนโยบายระยะยาว (Longitudinal Study) ประเมินประสิทธิผล ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และการเปลี่ยนแปลงผลิตภาพแรงงานหลังนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติจริง

วิจัยนวัตกรรมการอภิบาลระบบข้ามภาคส่วน (Governance Model Innovation) ศึกษาปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (HiAP Implementation) ภายใต้บริบททางเศรษฐกิจและสังคมที่ผันผวน

พัฒนาระบบคาดการณ์สุขภาพด้วยปัญญาประดิษฐ์ (AI & Digital Health Modeling) ด้วยการวิจัยแบบจำลองวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่และปัญญาประดิษฐ์ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในระดับนโยบายและการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะบุคคล

เอกสารอ้างอิง

1. Organisation for Economic Co-operation and Development. Compendium of Productivity Indicators 2024. Paris: OECD Publishing; 2024 2024.
2. United Nations, D. o. E. a. S. A., Population Division. World Population Prospects 2022: Summary of Results. New York: United Nations; 2022.
3. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2556.
4. World Health Organization. The true extent of noncommunicable diseases and what to do about them. Geneva: World Health Organization; 2022.

5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
6. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปี 2565. 2565.
7. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2567. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม; 2567.
8. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. สถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ปี 2561-2565. กรุงเทพฯ: กระทรวงแรงงาน; 2566.
9. สุนันทินี ศรีประจันทร์, ชัญญานุช ปานนิล, ผดุงศักดิ์ ศรีวาส. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานและสร้างสุขภาวะองค์กรในสถานประกอบกิจการแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย: เขตสุขภาพที่ 7. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2569;18(1):2.
10. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2565.
11. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และที่แก้ไขเพิ่มเติม. ราชกิจจานุเบกษา. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา; 2545.
12. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข. แผนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง). 2564.
13. พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541. ราชกิจจานุเบกษา. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา; 2541.
14. Shankardass, K., Muntaner, C., Kokkinen, L., Shahidi, F. V., Freiler, A., Oneka, G., et al. The implementation of Health in All Policies initiatives: a systems framework for government action. Health Res Policy Syst. 2018;16(1):26.
15. United Nations. The Sustainable Development Goals Report 2023: Special Edition. New York: United Nations; 2023.
16. Herweg, N., Zahariadis, N., Zohlnhöfer, R. The Multiple Streams Framework: Foundations, Refinements, and Empirical Applications. In: C. M. Weible, P. A. Sabatier, editors. Theories of the Policy Process. 4th ed. New York: Routledge; 2023. p. 35-72.
17. Creswell, J. W., Creswell, J. D. Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 6th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2023.

18.Braun, V., Clarke, V. Thematic Analysis: A Practical Guide. London: SAGE Publications; 2022.

19.David, F. R., David, F. R. Strategic Management: A Competitive Advantage Approach, Concepts and Cases. 17th ed. Boston: Pearson; 2022.

20.Organisation for Economic Co-operation and Development. Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives: OECD; 2015.

21.World Economic Forum. The Global Competitiveness Report Special Edition 2020: How Countries are Performing on the Road to Recovery. Geneva: World Economic Forum; 2020.

22.สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี [ออนไลน์]. 2021 [19 May 2021]. Available from: http://nscr.nesdc.go.th/ยุทธศาสตร์ชาติ/.

23. Greenhalgh, T., Papoutsi, C. Studying complexity in health services research: a conceptual framework. BMC Health Services Research. 2022;22(1):894.

24. Centers for Disease Control and Prevention. The CDC Workplace Health Program Guidelines: Strategies for NCDs prevention. Atlanta: CDC; 2023.

25. International Labour Organization. World Employment and Social Outlook 2023: The value of essential work Geneva: ILO; 2023. Available from: https://www.ilo.org/publications/flagship-reports/world-employment-and-social-outlook-2023-value-essential-work.

26. World Health Organization, International Labour Organization. Mental health at work: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2022.

27. Nilsen P, Birken SA. Handbook on Implementation Science. 2nd ed. Cheltenham: Edward Elgar Publishing; 2024.

28. กองทุนการออมแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: กองทุนการออมแห่งชาติ; 2566.

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 043-235-902 ต่อ 2109 / 2591 หรือ 098-586-2136
Email: anamai.plan7@gmail.com