



วารสารแพทย์นาวี

Royal Thai Navy Medical Journal

วารสารราย 4 เดือน ปีที่ 53 • ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569 • Volume 53 No.2 May-August 2026 • ISSN: 2985-1815 (Online)

• ISSN: 0125-6971 (Print)

บทบรรณาธิการ บทความวิจัย

- ▶ ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและการกลับในผู้สูงอายุตามมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
- ▶ ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว ต่ออาการเหนื่อยล้าระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
- ▶ ผลของยาพลาสมาแช่เย็นในผู้ป่วยต่ออาการปวดเท้าในผู้ป่วยไตเรื้อรัง
- ▶ ผลของสื่อการดูแลตนเองในการป้องกันในการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า
- ▶ การประเมินประสิทธิภาพของเครื่องวัดแรงกดของกล้ามเนื้อขาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
- ▶ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความรู้ในบุคลากรทางการแพทย์
- ▶ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการอ่านและทำความเข้าใจในเอกสารทางการแพทย์
- ▶ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติตนตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำในเขตชุมชนที่ 6
- ▶ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยกลุ่มอาสาสมัครผู้พิการในการดูแลสุขภาพในผู้ที่มีปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหว
- ▶ ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ
- ▶ ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขของพนักงานในโรงงานผลิตเครื่องสำอางค์ในจังหวัดสมุทรปราการ
- ▶ ความผูกพันและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ
- ▶ การศึกษาผลการใช้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้ป่วยอายุ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
- ▶ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- ▶ การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ

บทความวิชาการ

- ▶ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลสุขภาพ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระนเรศวรมหาราช
- ▶ บทบาทของพยาบาลในการลดภาวะกดดันด้านจิตใจโดยการให้ข้อมูลทางจิตวิทยาแบบกลุ่มในผู้ป่วยในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



สถิตในใจปวงประชาตราบนิรันดร์
สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าพัชรกิติยาภา นเรนทิราเทพยวดี
กรมหลวงราชสาริณีสิริพัชร มหาวัชรราชธิดา

ด้วยสำนึกในพระกรุณาธิคุณเป็นล้นพ้น
ข้าพระพุทธเจ้า กองบรรณาธิการวารสารแพทย์นาวี



วารสารแพทย์นาวี

Royal Thai Navy Medical Journal

ISSN: 0125-6971 (Print), ISSN: 2985-1815 (Online)

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่บทความวิชาการและบทความวิจัยทางการแพทย์ การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และเวชศาสตร์ทางทะเล
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ทางวิชาการระหว่างแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และเวชศาสตร์ทางทะเล

เจ้าของ

กรมแพทยทหารเรือ

คณะที่ปรึกษา

พลเรือโท นพ. สมชาย
พลเรือตรีหญิง ทพญ. จีระวัฒน์ กฤษณพันธ์
พลเรือตรี นพ. กิตติศักดิ์
พลเรือตรี นพ. ชาตรี
พลเรือตรี นพ. จตุรงค์
พลเรือตรี นพ. จักรพงษ์
พลเรือตรี นพ. สุเชษฐ
นาวาเอก นพ. ประสิทธิ์ศักดิ์

จันทโรธร
ว่องวิทย์
สายบุษ
เปี่ยมศิริ
ต้นตมกมลสุข
คล้ายคลึง
ตรรกธาดา
วีระยุทธวิไล

เจ้ากรมแพทยทหารเรือ
รองเจ้ากรมแพทยทหารเรือ
รองเจ้ากรมแพทยทหารเรือ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทยทหารเรือ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
ผู้อำนวยการศูนย์ทันตกรรม กรมแพทยทหารเรือ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาการเกียรติวงศ์ฐานทัพเรือสัตหีบ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทยทหารเรือ

บรรณาธิการ

นาวาเอกหญิง พญ. ชนกนาถ

วัชรการ

กองวิทยาการ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นาวาโทหญิง พว. สุวภัคตร์
นาวาโทหญิง พว. วรณพร

เวศม์วิบูลย์
ทองแสงจันทร์

กองวิทยาการ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ
กองวิทยาการ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ

กองบรรณาธิการ

พลโท นพ. สิบพงษ์
พลโท นพ. กฤษฏา
ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ นพ. สารเนตร
ศาสตราจารย์ นพ. นครชัย
ศาสตราจารย์ ดร.นพ. พรชัย
ศาสตราจารย์ ดร.ทพ. สิทธิชัย
ศาสตราจารย์ ดร.พว.สายฝน
รองศาสตราจารย์ พว. สุธีรา
รองศาสตราจารย์ ดร.พว. ศิริพันธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.ภญ. กัญญา
รองศาสตราจารย์ ดร.พว. สุปรียา
รองศาสตราจารย์ ดร.พว. นพวรรณ
รองศาสตราจารย์ ดร.พว. จอนณะจง
รองศาสตราจารย์ ดร.พว. สุภาพ
รองศาสตราจารย์ ดร. พ. นพพร
รองศาสตราจารย์ ดร.พว. ประทุม
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.พว. ทิพย์มัมพร
พลโท รองศาสตราจารย์ นพ. สุธี
พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.พว. สายสมร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. เขียวลักษณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. สุนทรวดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. รุ่งระวี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. ศุภาพิชญ์ มณีเสาศร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. กมลรัตน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. ศุภกิจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. นิสากร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพ. เจตน์
ดร.พว. สุภาพร
ดร.พว. สุภาณี
พลเรือตรี นพ. ขจิตร์
พลเรือตรี นพ. ดนัย
พลเรือตรี นพ. ปิยะวัฒน์
นาวาเอกหญิง ดร.พว. ธนพร
นาวาเอก นพ. ก่อพงษ์
นาวาโท นพ. ธนวัฒน์
นาวาเอก นพ. ธนวัฒน์
นาวาโทหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. วัชรการ
นาวาโทหญิง ดร.พว. อาทิตยา
นาวาโทหญิง ดร.พว. กิตติมา
นาวาโทหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. กนกเลขา
นาวาโท ทพ.ธนาภณ
Ms.Jovelyn Jundante

สังขะระมย์
ดวงอุไร
ไวคกุล
เผื่อนปฐม
สิทธิศรีวันกุล
สุนทองแก้ว
เอกราษฎร์
สุนตระกูล
ศิริพันธุ์
อนุวงศ์
มั่นคง
เปี่ยมชัย
เพ็ญจาด
ไทยแท้
ว่องวิทย์
สร้อยวงศ์
เกษมกล
พานิชกุล
เดลินกิตติ
เสรีเสถียร
เอียวพิเชฐ
นารีเจริญ
ไพน์ โบว์แมน
เทอร์เนอร์
เจริญสุข
วิบูลย์
รัตนจีน
วรรณสินัด
คลังฤทธิ์
อุณณิษฐ์สวัสดิ์ชัย
ปานแดง
วงษ์วนิช
แย้มสุดา
หังสพฤกษ์
ศุภนิธยานนท์
ชัยกุล
เชยสุวรรณ
ดวงมณี
สาธุวงศ์
สุวรรณพงษ์
สุวรรณพงษ์
Camacho

สมาคมแพทยทหารแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
กรมแพทยทหารบก
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยาลัยทันตแพทยศาสตร์นานาชาติ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
นักวิชาการอิสระ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
นักวิชาการอิสระ
สภากาชาดไทย
นักวิชาการอิสระ
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
นักวิชาการอิสระ
นักวิชาการอิสระ
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
สภากาชาดไทย
นักวิชาการอิสระ
บริษัท เซลล์แห่งประเทศไทย จำกัด
กรมแพทยทหารเรือ
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ
ศูนย์ทันตกรรม กรมแพทยทหารเรือ
กองวิทยาการ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ

ฝ่ายจัดการวารสาร

พันจ่าเอก บัณฑิต
จ่าเอก ปณณิต

ยีนยง
เลิศศาสตร์ไพศาล

กองวิทยาการ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ
กองวิทยาการ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ

ฝ่ายกฎหมาย

ร.อ.หญิง ศุภการย์

สุขต่าย

กองบังคับการ กรมแพทยทหารเรือ

กำหนดออกวารสาร ราย 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม - เมษายน
พฤษภาคม - สิงหาคม
กันยายน - ธันวาคม

พิมพ์ที่

ทิวหินพรินต์
10/122 หมู่ 8 ตำบลวังใหม่ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 10270 โทร. 09 6996 5447

ปกหน้า

สถิติในใจปวงประชาราษฎร์นับวันดี สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าพัชรกิติยาภา นเรนทิราเทพยวดี กรมหลวงราชสาริณีสิริพัชร มหาวัชรราชธิดา

บทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารนี้ ได้รับการตรวจความถูกต้องทางวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับการแต่งตั้งจากกรมแพทยทหารเรือ
อย่างน้อยเรื่องละ 2 ท่าน ด้วยวิธีการปิดบังชื่อผู้ประเมินและผู้เขียนบทความ



วารสารแพทย์นาวี

Royal Thai Navy Medical Journal

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านวารสารแพทยนาวิที่รักทุกท่าน

วารสารแพทยนาวิ ฉบับเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2569 จัดทำและเผยแพร่ในห้วงเวลาแห่งความโศกเศร้าและความอาลัยอย่างยิ่งของปวงชนชาวไทย เมื่อสำนักพระราชวังได้มีประกาศว่า สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าพัชรกิติยาภา นเรนทิราเทพยวดี กรมหลวงราชสาริณีสิริพัชร มหาวัชรราชธิดา สิ้นพระชนม์ เมื่อวันพฤหัสบดีที่ 11 มิถุนายน พุทธศักราช 2569 เวลา 19 นาฬิกา 48 นาที ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สิริพระชันษาปีที่ 47 การสิ้นพระชนม์ครั้งนี้นำมาซึ่งความโศกเศร้าและความอาลัยอย่างหาที่สุดมิได้แก่ปวงชนชาวไทยทั่วหล้า กองบรรณาธิการวารสารแพทยนาวิ ขอน้อมถวายความอาลัยแด่พระองค์ท่านด้วยความจงรักภักดีและน้อมสำนึกในพระกรุณาธิคุณตราบนิจนิรันดร์

วารสารฉบับนี้ขอเสนอบทความทั้งหมด 17 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 เรื่อง คือ “ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตามมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข” งานวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 7 เรื่อง คือ “ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว ต่ออาการเหนื่อยล้าและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด” “ผลของยาพอกเข้าสมุนไพรรักษาอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม” “ผลของสื่อการ์ตูนแอนิเมชันในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่อความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย” “ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการห้ามเลือดในกำลังพลพร้อมรบสูงของกองทัพอากาศไทย” “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรสต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา” “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ” และ “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” งานวิจัยเชิงบรรยาย จำนวน 6 เรื่อง คือ “การประเมินปริมาณรังสีกระเจิงบริเวณเลนส์ตาของผู้ปฏิบัติงานขณะถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่” “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4” “ความรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำในเขตสุขภาพที่ 6” “ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขของพนักงานในโรงงานผลิตกระป๋องแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ” “ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี” และ “การศึกษาผลการใช้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ” งานวิจัยแบบผสมผสาน 1 เรื่อง คือ “การศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ”

นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จำนวน 2 เรื่อง คือ “การประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ” และ “บทบาทของพยาบาลในการลดภาวะกดดันด้านจิตใจโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะประโยชน์แก่ผู้อ่านทั้งในด้านการเพิ่มพูนความรู้และการนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ตลอดจนเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

นาวาโทหญิง พว.

วรรณพร ทองแสงจันทร์

(วรรณพร ทองแสงจันทร์)

ผู้ช่วยบรรณาธิการ



สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

- ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตามมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข 246
Problems and Obstacles of Fall Prevention in the Elderly from Healthcare Personnel Perspectives
- ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วต่ออาการเหนื่อยล้า และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 263
The Effect of Early Ambulation Program for Cardiac Rehabilitation on Fatigue and Anxiety in Patients Undergoing Open Heart Surgery
- ผลของยาพอกเข้าสมุนไพรต่ออาการปวดเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม 278
The Effect of Herbal Poultices for Relieving Knee Pain among Older Adults with Osteoarthritis
- ผลของสื่อการ์ตูนแอนิเมชันในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่อความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย 296
Effect of Cartoon Animation Media on Knowledge of E-Cigarette Smoking Prevention among Primary School Students
- การประเมินปริมาณรังสีกระเจิงบริเวณเลนส์ตาของผู้ปฏิบัติงานขณะถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอก ด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ 309
Assessment of Scattered Radiation Dose to the Eye Lens of Staff during Portable Chest X-Rays
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 317
Factors Influencing the Management of Elderly Care Centers Based on Standard Criteria in Health Region 4
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการห้ามเลือดในกำลังพลพร้อมรบสูงของกองทัพเรือไทย 330
The Effectiveness of a Hemorrhage Control Training Program among Personnel in High Combat Readiness Units of the Royal Thai Navy
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ในเขตสุขภาพที่ 6 345
Health Literacy and Role Performance of Prison Health Volunteers in Health Region 6
- ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรสต่อพฤติกรรมการดื่มสุราใน ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา 358
Effect of a Spouses' Social Support Enhancement Program on Alcohol Drinking Behaviors among Persons with Alcohol Use Disorders



- ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะ
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ 376
Effects of a Structured Educational Program on Anxiety in Patients with Non-ST
Elevation Myocardial Infarction Undergoing Cardiac Catheterization
- ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขของพนักงานในโรงงานผลิตกระป๋องแห่งหนึ่งในจังหวัด
สมุทรปราการ 394
Factor Affecting Happiness Level of Workers in Canning Manufacturing
and Processing Factory in Samutprakarn Province
- ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 409
โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี
Prevalence and Factors Associated with Falls among Older Adults with Type 2
Diabetes Mellitus, Laemsing Hospital, Chanthaburi Province
- การศึกษาผลการใช้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing ในรายวิชาการพยาบาล 424
ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
A Study of the Use of Smart Adult E-Learning for Nursing in the Adult and
Geriatric Nursing II Course at the Royal Thai Navy College of Nursing
- ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 439
The Effect of Hope Enhancement Program on Suicidal Ideation of Patients
with Major Depressive Disorder
- การศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ 453
A Study of Ethical Behavior among Royal Thai Navy Nursing Students

บทความวิชาการ

- การประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า 469
กรมแพทย์ทหารเรือ
Application of Lifestyle Medicine in the Care of Patients with Obesity: A Case
Study at Somdech Phra Pinklao Hospital, Naval Medical Department
- บทบาทของพยาบาลในการลดภาวะกดดันด้านจิตใจโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม 483
ในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
The Role of Nurses in Reducing Psychological Distress by Providing Group Family
Psychoeducation to Family Caregivers of Persons with Major Depressive Disorder

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารแพทย์นาวิ

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารแพทย์นาวิ



วารสารแพทย์นาวี

Royal Thai Navy Medical Journal



ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ตามมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข Problems and Obstacles of Fall Prevention in the Elderly from Healthcare Personnel Perspectives

ชไมพร กาญจนกิจสกุล

Chamaiporn Kanchanakijisakul

ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก

Department of Sociology and Anthropology, Faculty of Social Sciences, Naresuan University, Phitsanulok Province

Corresponding Author: chamaipornk@nu.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตามมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการวิจัยเรื่อง “การเกื้อหนุนของครอบครัวต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว” เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยวิธีแบบปรากฏการณ์วิทยา

ข้อมูลในการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยในข้างต้น กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ บุคลากรทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุและสาขาที่เกี่ยวข้อง มีประสบการณ์ทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินยอมอย่างสมัครใจในการเป็นผู้ให้ข้อมูล ใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสัมภาษณ์และแบบสังเกต เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกต ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2562 ข้อมูลอิ่มตัวที่จำนวน 10 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ แบ่งได้ 4 มิติ คือ (1) มิติผู้สูงอายุ ได้แก่ (ก) ข้อจำกัดทางร่างกายและสุขภาพของผู้สูงอายุ (ข) ข้อจำกัดด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ (ค) การมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของผู้สูงอายุ และ (ง) ภาวะกลืนการหกล้มของผู้สูงอายุ (2) มิติครอบครัว ได้แก่ (ก) การขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ (ข) การมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของครอบครัว (3) มิติชุมชน ได้แก่ (ก) การมีงบประมาณและทรัพยากรที่จำกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ (ข) การขาดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน และ (4) มิติบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ (ก) การขาดการสนับสนุนกำลังคนด้านสุขภาพ และ (ข) การขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณ

คำสำคัญ: ปัญหาและอุปสรรค การป้องกันการหกล้ม ผู้สูงอายุ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

Received: May 27, 2025; Revised: July 22, 2025; Accepted: July 23, 2025



Abstract

This study aimed to explore the problems and obstacles of fall prevention in the elderly from healthcare personnel perspectives, using secondary data from the research project “Family Support for Fall Prevention in Older Adults with Mobility Problems.” The original research was a qualitative study employing a phenomenological approach.

The data used in this study were part of the interview data from the group of healthcare professionals in the aforementioned research project. Key informants were professionals in geriatric care and related fields, who had at least one year of work experience and voluntarily consented to participate in the study. Purposive sampling was used to select participants who met the specified criteria. Data were collected through in-depth interviews combined with observation between January 2018 and March 2019, and continued until data saturation was reached, resulting in a total of 10 participants. The research tools included an interview guide and an observation form. Content analysis was employed to analyze the data in order to answer the above objective.

The results showed that the problems and obstacles in fall prevention among the elderly, as perceived by healthcare personnel, could be categorized into four main dimensions: (1) *Elderly Dimension*: (a) physical and health limitations of the elderly, (b) cognitive limitations, (c) misconceptions and incorrect beliefs, and (d) fear of falling; (2) *Family Dimension*: (a) lack of family involvement, and (b) misconceptions and incorrect beliefs within the family; (3) *Community Dimension*: (a) limited budgets and resources of local administrative organizations, and (b) lack of collaboration among community stakeholders; and (4) *Healthcare Personnel Dimension*: (a) inadequate support for the healthcare workforce, and (b) insufficient budgetary support.

Keywords: problems and obstacles, fall prevention, elderly, healthcare personnel perspectives

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หลายทศวรรษที่ผ่านมา การลดลงของภาวะการเกิดและภาวะการตายที่เป็นไปอย่างต่อเนื่องได้ส่งผลอย่างสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างประชากรของประเทศไทย กล่าวคือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปต่อประชากรทั้งหมดของประเทศได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2567¹ ซึ่งถือได้ว่าสังคมไทยได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society)

นอกจากนี้ยังได้มีการคาดประมาณว่า ในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ของประชากรทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2578² ซึ่งนั่นหมายถึงประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ในอีกไม่ช้านี้

การหกล้ม เป็นหนึ่งในปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและนับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกรวมถึงในประเทศไทย โดยพบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุจะประสบเหตุลื่นหกล้มและความเสี่ยงนี้จะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น³ การบาดเจ็บที่เกิดจากการหกล้มในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อทบรุนแรง โดยเฉพาะ

การหักของกระดูกสะโพกและภาวะเลือดออกในสมอง⁴⁶ นอกจากนี้ยังอาจก่อให้เกิดความพิการและมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 1 ปี มากถึงร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบรุนแรงจากการหกล้ม⁶ ทั้งนี้การหกล้มในผู้สูงอายุ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแล้ว ยังก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อทั้งตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และระบบสาธารณสุขของประเทศ อีกทั้งยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้สูงอายุอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งมีความเสี่ยงในการหกล้มสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ⁷⁻⁹ อาจกล่าวได้ว่า การหกล้มเพียงครั้งเดียวอาจนำไปสู่ความหายนะในการเคลื่อนไหว รวมทั้งสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันและเกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นในระยะยาวได้¹⁰

ปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุสามารถป้องกันได้ด้วยการลดปัจจัยแห่งความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดการหกล้ม ทั้งปัจจัยภายในร่างกายของผู้สูงอายุอันเกิดจากการเสื่อมถอยในสภาพร่างกาย เช่น ด้านสายตา ด้านข้อต่อและเอ็นที่อ่อนแอลง ระบบทางเดินปัสสาวะ ความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวบางอย่าง การใช้ยาบางชนิดที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม เป็นต้น และปัจจัยภายนอก ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวผู้สูงอายุ เช่น พื้นบ้าน แสงสว่างไม่เพียงพอ บันได ห้องน้ำ ห้องครัว รองเท้าไม่เหมาะสม เป็นต้น¹⁰ ดังนั้นการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุถือเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นมากกว่าการรักษา จึงเป็นประเด็นที่มีความน่าสนใจที่ควรต้องได้รับการศึกษาเป็นอย่างยิ่ง ในอันที่จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจมีผลกระทบต่อทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นับเป็นกลุ่มบุคคลที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งการดำเนินงานเชิงรุกในเชิง

ป้องกันของกลุ่มบุคคลดังกล่าวนี้ต้องอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญ และความมุ่งมั่นในการทำงานร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง เผชิญปัญหาได้ในภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว^{9,11} ดังนั้น จะเห็นได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ยกระดับคุณภาพชีวิต และลดความเสี่ยงจากการหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ โดยประสบการณ์จากการดำเนินงานเชิงรุกดังกล่าวที่ผ่านมาย่อมอาจสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างและประเด็นที่ยังต้องได้รับการปรับปรุงและพัฒนา เพื่อเสริมความเข้มแข็ง และสร้างความยั่งยืนให้กับระบบการดำเนินงานในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

การดำเนินงานเชิงรุกของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ถือเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตามในการพัฒนาระบบการดูแลเพื่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับการวิเคราะห์สถานการณ์หรือประเด็นต่างๆ อย่างลึกซึ้งและรอบด้าน โดยเฉพาะในแง่ของปัญหา และอุปสรรคที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในปัจจุบันยังขาดการศึกษา เชิงลึกในประเด็นดังกล่าวอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนและพัฒนาแนวทางการดำเนินงานให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในการบริหารจัดการและนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตามมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์และมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาเป็นข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากโครงการวิจัยเรื่อง “การเกื้อหนุนของครอบครัวต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว” เก็บข้อมูลใน 3 กลุ่มสำคัญ คือ (1) กลุ่มผู้สูงอายุ (2) กลุ่มครอบครัวผู้ดูแล และ (3) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

ข้อมูลในการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยในข้างต้น กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุและสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น มีประสบการณ์ในการทำงานมาจำนวนไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีความยินยอมอย่างสมัครใจในการเป็นผู้ให้ข้อมูลของโครงการวิจัย การเลือกผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดในข้างต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือวิจัย

ข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากโครงการวิจัยเรื่อง “การเกื้อหนุนของครอบครัวต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว” เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

ร่วมกับการสังเกต (Observation) เครื่องมือวิจัยได้แก่ แนวคำถามในการสัมภาษณ์ และแบบสังเกต โดยเครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ของโครงการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2562 รวมระยะเวลา 1 ปี 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลจนกว่าข้อมูลอิ่มตัว (Saturation of data) มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 10 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อวิเคราะห์และตีความข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยจัดระเบียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกต เพื่อถอดรหัสความหมายเชิงลึกภายใต้เนื้อหา กระบวนการประกอบด้วย การอ่านข้อมูลซ้ำหลายรอบ การจัดกลุ่มประเด็น การจัดประเภทแนวคิด และการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อค้นหารูปแบบ แนวโน้มและความสัมพันธ์เชิงแนวคิดที่แฝงอยู่ภายในเนื้อหา โดยเน้นวิเคราะห์และตีความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

การดำเนินการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลของโครงการวิจัยที่ใช้ในการศึกษา ใช้วิธีการหลายวิธีประกอบกัน ได้แก่ การตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Member checking) การบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อให้สามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ (Auditability) และการเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งต่างๆ (Triangulation) เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ของข้อมูล ตลอดจนลดอคติที่อาจเกิดขึ้นจากผู้วิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “การเกื้อหนุนของครอบครัวต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว” ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน ประจำปี พ.ศ. 2561 และได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ

วิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หนังสือรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ COA No.294/2017
IRB No.0322/60 วันที่รับรอง คือ 2 มิถุนายน 2560
วันหมดอายุ 2 มิถุนายน 2561 และได้ขอต่ออายุ
โครงการ 1 ครั้ง วันที่รับรองการต่ออายุโครงการ
26 มกราคม 2561 วันหมดอายุ 2 มิถุนายน 2562

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาและอุปสรรคใน
การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุมี 4 มิติสำคัญ ได้แก่
มิติผู้สูงอายุ มิติครอบครัว มิติชุมชน และมิติบุคลากร
ทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังนี้

1. มิติผู้สูงอายุ พบปัญหาและอุปสรรคใน
4 ประเด็น ดังนี้

1.1 ข้อจำกัดด้านร่างกายและสุขภาพ ของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะเจ็บป่วย
ด้วยโรคเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค
มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว
และมีการทรงตัวไม่ดี ตลอดจนมีความสามารถในการ
ได้ยินและการมองเห็นถดถอยลง ภาวะเหล่านี้
เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม รวมถึงเป็นอุปสรรค
ต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย
กิจกรรมทางกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
มากไปกว่านั้นการใช้ยาหลายชนิดจากการเจ็บป่วย
ด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียง
ต่อระบบประสาทและการทรงตัว เช่น เวียนศีรษะ
ง่วงซึม และการควบคุมสมดุลของร่างกายลดลง
ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์เหล่านี้ได้เพิ่มความเสี่ยง
ต่อการหกล้มในผู้สูงอายุได้ด้วยเช่นกัน ดังคำให้
สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักในบางตอนว่า

“...ร่างกายของผู้สูงอายุจะ
มีความเสื่อมสภาพลงไปตามวัยเป็นทุนเดิม ทั้งระบบ
ประสาท สมอง กล้ามเนื้อ และกระดูก รวมถึงการ
มองเห็นกับการได้ยินก็แย่ลง ส่งผลต่อการทรงตัว
การเคลื่อนไหว และการตอบสนองต่อสิ่งรอบตัว

ก็ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้มากขึ้น และนับเป็น
ปัญหาและอุปสรรคอันดับต้นๆ ของการป้องกัน
การหกล้มในผู้สูงอายุเลยก็ว่าได้...”

สมยศ (นามสมมติ) อายุ 54 ปี แพทย์เชี่ยวชาญด้านกระดูก
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2561

“...ผู้สูงอายุหลายคนมีโรคประจำตัว
หลายอย่าง ก็เลยต้องใช้ยาหลายตัว ซึ่งบางตัวอาจ
มีผลข้างเคียง เช่น เวียนหัว หน้ามืด หรือเสียการ
ทรงตัวได้ และถ้าไม่มีความรู้เรื่องยา ใชยาไม่ถูก
หรือไม่รู้ว่ายาตัวไหนมีผลข้างเคียง ก็ยิ่งเสี่ยงต่อการ
หกล้มได้มากขึ้น...”

สมพร (นามสมมติ) อายุ 33 ปี เภสัชกร
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2561

“...บางคนก็มีโรคประจำตัวอย่าง
โรคหัวใจ เบาหวาน หรือโรคไต พวกนี้ก็เป็นอุปสรรค
เหมือนกัน เพราะเวลาออกกำลังกายมันก็ต้อง
ระวังมากขึ้น เพราะมีข้อจำกัดเยอะกว่าคนทั่วไป”

สมศร (นามสมมติ) อายุ 59 ปี พยาบาลด้านกระดูกและข้อ
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2561

1.2 ข้อจำกัดด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ

ข้อจำกัดด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ
เป็นผลมาจากความเสื่อมถอยของการทำงานของ
สมองในบางด้าน เช่น ความจำ ภาษา การคิดวิเคราะห์
และสมาธิ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผล
กระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้และจดจำ
คำแนะนำด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง ทำให้การส่งเสริม
พฤติกรรมเพื่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ
ดำเนินไปได้อย่างไม่เต็มประสิทธิภาพ โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าใจหรือ
ปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างครบถ้วนตามที่บุคลากร
ทางการแพทย์และสาธารณสุขมุ่งหวังไว้ เช่น การลุกเดิน
โดยไม่มีอุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน การใช้อุปกรณ์ช่วย
พยุงเดินไม่ถูกวิธี ฯลฯ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้
ข้อมูลหลักในบางตอนว่า

“...เจอบ่อยเลยครับ คือ ผู้สูงอายุ
บางคนมีปัญหาเรื่องสมาธิสั้น คิดประมวผลช้า



เวลาสอนท่าเดินหรือวิธีเดินให้ปลอดภัย เขาก็อาจจำไม่ค่อยได้ ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง ก็ต้องสาธิตให้ดูหลายรอบอยู่ บางทีก็ต้องให้ญาติอยู่ใกล้ๆ คอยช่วยดูด้วย ถึงพอจะได้ผลครับ”

สมชาย (นามสมมติ) อายุ 48 ปี นักกายภาพบำบัด
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2561

“...พูดได้ว่าผู้สูงอายุหลายคนมีปัญหาเรื่องความจำ หลงๆ ลืมๆ กันเยอะค่ะ เวลาสอนเรื่องการใช้ไม้เท้าไปก็ลืมบ่อย บางคนก็ไม่เข้าใจว่าทำไมต้องใช้ ก็เลยไม่ใช้ เวลาเขาจะลุกขึ้นมาเดินก็ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินอีก พอบอกลูกหลานพวกเขาก็พยายามช่วยนะ แต่ถ้าช่วงไหนที่ไม่มีใครดูแลใกล้ชิด ความเสี่ยงก็ยังคงมีอยู่เหมือนเดิม...”

สมหญิง (นามสมมติ) อายุ 43 ปี นักกายภาพบำบัด
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2561

1.3 การมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุบางรายยังคงมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ความรู้สึกอับอายจากการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน และความเชื่อด้านความปลอดภัยจากการไม่เคลื่อนไหว เพราะกลัวหกล้ม การมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องนี้ย่อมนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักในบางตอนว่า

“...อย่างหนึ่งที่พบก็คือ ผู้สูงอายุบางคนรู้สึกเขินอาย ไม่กล้าใช้ไม้เท้าหรืออุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน เพราะกลัวคนมองว่าแก่ ดูตลก สุดท้ายก็เดินเซเสียหลักและหกล้มได้ง่าย แต่ก็อีกนะ ในคนที่ยอมใช้อุปกรณ์ก็ยังพบว่าใช้ไม่ถูกวิธีอยู่บ่อยๆ อันนี้ก็เป็นปัญหาที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ด้วยเช่นกัน...”

สมหมาย (นามสมมติ) อายุ 28 ปี นักกายภาพบำบัด
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2561

“...บางคนเคยล้มมาก่อนก็เลยกลัวไม่ค่อยอยากเดิน ไม่ค่อยอยากขยับตัวหรือเคลื่อนไหว

ร่างกาย ก็เลยไม่ค่อยให้ความร่วมมือ ทั้งที่การออกกำลังกายนี้แหละช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง”

สมคร (นามสมมติ) อายุ 59 ปี พยาบาลด้านกระดูกและข้อ
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2561

“...ปัญหาและอุปสรรคที่เจอบ่อยมากก็น่าจะเป็นในเรื่องความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวเนี่ยล่ะค่ะ คือ ผู้สูงอายุบางคนเชื่อว่าการอยู่เฉยๆ จะปลอดภัยกว่า จึงหลีกเลี่ยงการเดินหรือออกกำลังกาย ทั้งที่การมีความเชื่อเช่นนี้ส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแอ และการทรงตัวแย่ลง กลับกลายเป็นเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายกว่าเดิมอีกอ่ะค่ะ...”

สมหทัย (นามสมมติ) อายุ 53 ปี พยาบาลด้านผู้สูงอายุ
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2561

1.4 ภาวะกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ

ภาวะกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่เคยมีประวัติการหกล้ม มีผลกระทบทางลบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ นั่นคือ ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะเครียด วิตกกังวล หรืออาจมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกายทางกาย เช่น การเดิน การออกกำลังกาย ฯลฯ ส่งผลต่อภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแอ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักในบางตอนว่า

“...ยิ่งผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์หกล้มมาก่อน ก็ยิ่งกลัวที่จะหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปที่พบคือ ยิ่งกลัว ก็ยิ่งเครียดและกังวลที่จะขยับตัว ไม่ว่าจะเดิน ออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหว เลี่ยงไปหมด พอไม่ค่อยได้ใช้งาน กล้ามเนื้อก็ยิ่งอ่อนแอ การทรงตัวก็ยิ่งแย่ สุดท้ายก็ยิ่งเสี่ยงที่จะหกล้มง่ายขึ้นไปอีก”

สมคร (นามสมมติ) อายุ 59 ปี พยาบาลด้านกระดูกและข้อ
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2561

“...ผู้สูงอายุที่ล้มแล้วก็มีผลกระทบต่อด้านร่างกาย เกิดการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว ส่วนในด้านจิตใจก็อาจจะรู้สึกกว่าตนเองไม่แข็งแรงเหมือนแต่ก่อน บางคนเกิดอาการกลัวกลัวการหกล้ม กลัวการเดิน ก็จะเลือกที่จะไม่เดิน

จนอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกายตามมาได้...และท้ายสุดก็อาจนำมาซึ่งภาวะซึมเศร้า มีความรู้สึกว่าตนเองทำอะไร ได้ไม่ดีเหมือนคนอื่น ขาดแรงบันดาลใจในการดำเนินชีวิตไปเลยก็มี...”

สมถวิล (นามสมมติ) อายุ 41 ปี พยาบาลด้านผู้สูงอายุ
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2561

2. มิติครอบครัว พบปัญหาและอุปสรรคใน 2 ประเด็น ดังนี้

2.1 การขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว

เมื่อครอบครัวไม่มีส่วนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการร่วมให้ข้อมูล ร่วมรับฟังคำแนะนำ หรือร่วมเรียนรู้กับผู้สูงอายุ จึงไม่อาจส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งสาเหตุหลักมาจากข้อจำกัดด้านเวลา เพราะต้องทำงานเพื่อหารายได้สำหรับจุนเจือครอบครัว ทำให้ครอบครัวพลาดการเข้าร่วมกิจกรรมและการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ของหน่วยบริการทางสุขภาพที่จัดขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักในบางตอนว่า

“...ก็พอขาดความร่วมมือจากครอบครัว ไม่ช่วยบอกข้อมูล ไม่ฟังคำแนะนำจากเรา ไม่ร่วมเรียนรู้กับผู้สูงอายุ ก็ทำให้การดูแลสุขภาพไม่ตรงจุดและไม่ต่อเนื่อง ปัญหาหลักๆ ก็เพราะไม่มีเวลา ต้องไปทำงาน เลยพลาดทั้งกิจกรรมและการอบรมด้านสุขภาพต่างๆ ที่ทีมสุขภาพเราได้จัดให้...”

สมหทัย (นามสมมติ) อายุ 53 ปี พยาบาลด้านผู้สูงอายุ
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2561

“...ถ้าลูกหลานหรือคนในบ้านไม่มีเวลาเรียนทำออกกำลังกายกับเรา ผู้สูงอายุก็คงไม่ได้เอาทำออกกำลังกายไปซ้อมที่บ้านต่อ พอไม่ซ้อมไม่ทำต่อเนื่อง กล้ามเนื้อก็ยากที่จะแข็งแรงขึ้น มีแต่จะแผ่วลงไปเรื่อยๆ ก็จะเสี่ยงหกล้มได้ง่าย...”

สมรัก (นามสมมติ) อายุ 27 ปี นักกายภาพบำบัด
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2561

2.2 การมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของครอบครัว

หลายครอบครัวมีความเชื่อและทัศนคติว่า การไม่เคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุจะช่วยสร้างความปลอดภัยและลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุได้ ส่งผลทำให้ครอบครัวขาดการสนับสนุนการเคลื่อนไหวหรือกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมและต่อเนื่องให้แก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้บางครอบครัวยังมีความเชื่อและทัศนคติว่า การหกล้มเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุและเป็นเหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงทำให้ครอบครัวไม่ได้ให้ความเอาใจใส่ในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่เอื้อและเกิดความปลอดภัยต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายและการฝึกทักษะการทรงตัวของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักในบางตอนว่า

“...หลายครอบครัวยังคิดว่า ให้ผู้สูงอายุอยู่เฉยๆ จะได้ปลอดภัย จะได้ไม่หกล้ม พอคิดแบบนี้ก็เลยไม่สนับสนุนให้ขยับตัวหรือออกกำลังกายต่อเนื่อง ที่นี้ก็ยังไปกันใหญ่ หกล้มง่ายเข้าไปอีก...”

สมใจ (นามสมมติ) อายุ 41 ปี พยาบาลด้านออโรโธปิดิกส์
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2561

“...บางครอบครัวก็ยังคิดว่าเรื่องการหกล้มเป็นของคู่กันกับผู้สูงอายุ เป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ หลีกเลี่ยงไม่ได้ เลยไม่ได้คิดปรับบ้านให้ปลอดภัย แล้วก็ไม่ได้สนใจพาผู้สูงอายุไปออกกำลังกายหรือฝึกเรื่องการทรงตัวอย่างจริงจัง...”

สมหทัย (นามสมมติ) อายุ 53 ปี พยาบาลด้านผู้สูงอายุ
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2561

3. มิติชุมชน พบปัญหาและอุปสรรคใน 2 ประเด็น ดังนี้

ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตามมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในมิติชุมชน ผลการศึกษา พบว่า การมีงบประมาณและทรัพยากรที่จำกัดขององค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น และการขาดความร่วมมือของภาคี เครือข่ายในชุมชน เป็นปัญหาและอุปสรรคอย่างสำคัญ ต่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ดังนี้

3.1 การมีงบประมาณและทรัพยากร ที่จำกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การมีงบประมาณและทรัพยากร ที่จำกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ไม่สามารถจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ราวจับ พื้นกันลื่น อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน ฯลฯ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ได้อย่างเพียงพอ รวมถึงไม่สามารถปรับปรุงหรือ จัดการสภาพแวดล้อมในพื้นที่สาธารณะและภายใน ครุฑเรือนให้มีความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุได้ อย่างเหมาะสม เช่น การปรับระดับทางเดิน ทางลาด การติดตั้งแสงสว่างในจุดเสี่ยง การกำจัดสิ่งกีดขวาง ในบริเวณชุมชน ฯลฯ นอกจากนี้ข้อจำกัดด้าน งบประมาณและทรัพยากรนี้ยังส่งผลต่อการไม่สามารถ จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้หรือฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ ได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้มาตรการป้องกันการ หกล้มในผู้สูงอายุขาดซึ่งประสิทธิภาพ ความครอบคลุม และความต่อเนื่อง และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการ หกล้มอันเป็นอุบัติเหตุที่สามารถป้องกันได้ ดังคำ ให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักในบางตอนว่า

“...หลายพื้นที่ไม่มีอุปกรณ์ฝึกเดิน ให้ผู้สูงอายุใช้เลย ทั้งที่จำเป็นสำหรับการฟื้นฟูหลัง หกล้ม หรือเพื่อป้องกันการล้มในรายที่เริ่มมีปัญหา การทรงตัว เราอยากให้อปท. สนับสนุนงบในการจัดซื้อ หรือทำเป็นศูนย์ฝึกเล็กๆ ในชุมชน แต่ส่วนใหญ่จะติด ปัญหาเรื่องงบประมาณ จนทำให้ผู้สูงอายุต้องเดินทางไกล มาโรงพยาบาล ซึ่งไม่สะดวกและเสี่ยงมากกว่าเดิม...”

สมถวิล (นามสมมติ) อายุ 41 ปี พยาบาลด้านผู้สูงอายุ
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2561

“...ที่ผ่านมาเราก็มีจัดอบรมเกี่ยวกับการ ป้องกันการหกล้มอยู่บ้างนะคะ แต่ก็ไม่สม่ำเสมอ บางปีก็จัดแค่ครั้งเดียว หรือบางปีก็ไม่ได้จัดเลย เพราะงบไม่พอ อย่างกิจกรรมฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อให้มี

ความรู้เรื่องการประเมินความเสี่ยงและแนวทาง ป้องกันการหกล้มก็ไม่ได้จัดอย่างต่อเนื่อง ทำให้ เจ้าหน้าที่พัฒนาความรู้และทักษะได้ไม่ต่อเนื่องค่ะ...”

สมหทัย (นามสมมติ) อายุ 53 ปี พยาบาลด้านผู้สูงอายุ
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2561

“...งบประมาณที่เราได้แต่ละปีน้อยมาก เลยครับ ไม่พอที่จะจัดซื้ออุปกรณ์ช่วยฝึกเดินหรือ ไปปรับปรุงสภาพบ้านให้เหมาะกับการใช้ชีวิตของ ผู้สูงอายุ อย่างพวกราวจับหรือพื้นกันลื่นที่จำเป็นมาก เราเคยเจอหลายเคสที่ผู้สูงอายุล้มในห้องน้ำ เพราะไม่มีราวให้จับ หรือไม่มีไฟสว่างพอ...จริงๆ เราก็อยากเข้าไปช่วยปรับปรุงให้ดีขึ้นนะครับ แต่ทำได้ แคให้คำแนะนำ เพราะท้องถิ่นก็ไม่มีงบเพียงพอ”

สมชาย (นามสมมติ) อายุ 48 ปี นักกายภาพบำบัด
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2561

3.2 การขาดความร่วมมือของภาคี เครือข่ายในชุมชน

การดำเนินงานเชิงรุกด้านการป้องกัน การหกล้มในผู้สูงอายุโดยมากมักเกิดจากการทำงาน ของหน่วยงานด้านสาธารณสุขเพียงลำพัง ขาดการ ประสานหรือสนับสนุนอย่างจริงจังจากหน่วยงาน ท้องถิ่นหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้การป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงไม่สามารถดำเนินการได้ อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง นอกจากนี้้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นควรเป็นหน่วยงานหลักในการประสานงาน กับหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่เพื่อให้เกิดการทำงาน แบบการบูรณาการในการป้องกันการหกล้มใน ผู้สูงอายุ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักใน บางตอนว่า

“...ในการทำงานกับผู้สูงอายุ เราเน้น ฟื้นฟูและสร้างกิจกรรมที่จะช่วยลดความเสี่ยงใน การหกล้ม แต่ถ้าจะให้ได้ผลดี ต้องใช้เครือข่ายใน ชุมชนช่วยกัน การขาดความร่วมมือจากท้องถิ่นหรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ก็จะทำให้สำเร็จครบถ้วนได้ยาก เช่น สภาพแวดล้อมในบ้านหรือในชุมชนที่เสี่ยงต่อ

การหกล้มก็แก้ได้ยากนะ หากไม่มีการร่วมกันวางแผนและดำเนินการอย่างจริงจัง...”

สมหญิง (นามสมมติ) อายุ 43 ปี นักกายภาพบำบัด สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2561
“...ปัญหาคือไม่มีทีมร่วมขับเคลื่อนในพื้นที่ ขาดการสนับสนุนจาก อบท. ทำให้เราทำได้แคในเชิงรณรงค์ให้ความรู้ คือ ถ้าจะเข้าไปในชุมชนเพื่อดูสภาพบ้านหรือปรับสิ่งแวดล้อม จริงๆ ต้องใช้งบประมาณและทีมงานที่มีความรู้เฉพาะ ซึ่งเรามีจำกัดมาก ก็คิดว่า อบท. น่าจะเป็นหลักในเรื่องนี้ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ให้ทำงานแบบบูรณาการกัน ผลลัพธ์น่าจะดีกว่าทุกวันนี้...”

สมถวิล (นามสมมติ) อายุ 41 ปี พยาบาลด้านผู้สูงอายุ สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2561
4. มิติบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
พบปัญหาและอุปสรรคใน 2 ประเด็น ดังนี้

4.1 การขาดการสนับสนุนกำลังคนด้านสุขภาพ

ภาระงานในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในแต่ละวันมีจำนวนมากเกินกว่าจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ ทำให้เวลาในการทำงานเชิงรุกเพื่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจำกัดด้วยเช่นกัน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักในบางตอนว่า

“...แต่ละวันงานเยอะมากๆ ดูแลคนไข้ตั้งแต่เช้าถึงเย็น พอคนให้บริการมีน้อยไม่เพียงพอ ก็แทบหาเวลาลงพื้นที่ไปเยี่ยมบ้านหรือทำกิจกรรมเชิงรุกเพื่อป้องกันการหกล้มได้ค่อนข้างยากครับ...”

สมยศ (นามสมมติ) อายุ 54 ปี แพทย์เชี่ยวชาญด้านกระดูก สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2561
“...งานพยาบาลเต็มมือมากค่ะ ไหนจะเคลสுகูเณิน ไหนจะเคลสผู้สูงอายุ แทบจะไม่มีเวลาออกไปทำงานเชิงรุกในการป้องกันการหกล้มเลยคะ เวลาในแต่ละวันหมดไปเร็วมาก...”

สมถวิล (นามสมมติ) อายุ 41 ปี พยาบาลด้านผู้สูงอายุ สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2561

4.2 การขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณ

การทำงานเชิงป้องกันเป็นแนวทางการทำงานเชิงรุก เป็นการดำเนินงานล่วงหน้าเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ต้นทาง ไม่ใช่การรอให้เกิดเหตุก่อนแล้วจึงแก้ไข ซึ่งจำเป็นต้องใช้งบประมาณในการสนับสนุนได้แก่ (1) การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการหกล้มให้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในปัจจัยเสี่ยงและมาตรการป้องกันที่ถูกต้อง เช่น การจัดฝึกอบรม การจัดทำคู่มือและสื่อการสอน ฯลฯ (2) การขยายบริการเชิงรุกสู่ชุมชน เพื่อยกระดับการดำเนินงานให้เป็นเชิงรุกมากขึ้น อันเป็นมาตรการป้องกันก่อนเกิดปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรมและยั่งยืน เช่น การจัดคลินิกเคลื่อนที่ การจัดทีมเยี่ยมบ้านพร้อมอุปกรณ์ประเมินและคัดกรองความเสี่ยง การประสานงานกับองค์กรบริหารส่วนตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน ฯลฯ และ (3) การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเปิดโอกาสในการเรียนรู้เทคนิคใหม่ๆ ตลอดจนทบทวนและปรับปรุงแนวทางมาตรฐานให้ทันสมัยอยู่เสมอ เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อซ้อมรับมือการหกล้มและภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่อาจเกิดขึ้น การฝึกประเมินและคัดกรองความเสี่ยง การฝึกทักษะการให้กำลังใจสะท้อนความรู้สึก และตั้งคำถามแบบเปิดเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการป้องกันการหกล้ม ฯลฯ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักในบางตอนว่า

“...ที่จริงมีหลายอย่างที่อยากทำนะ แต่ก็ติดปัญหาเรื่องงบนี้แหละ อยากรลงพื้นที่ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัวและญาติ รวมถึง อสม. ให้ความเข้าใจและเห็นความสำคัญในปัจจัยเสี่ยงพร้อมแนวทางการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องแบบจริงๆ จังๆ เช่น จัดอบรม สาธิตเหตุการณ์จำลอง



นำเสนอเป็นคลิปวิดีโอ และจัดทำเป็นคู่มือแจก แต่พอไม่มีงบมากพอ เราก็ได้แค่บรรยายสั้นๆ และถ่ายเอกสารขาว-ดำแจกกันไป...”

สมถวิล (นามสมมติ) อายุ 41 ปี พยาบาลด้านผู้สูงอายุ
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2561

“...คิดว่าปัญหาใหญ่อันหนึ่งก็คือ เรื่องงบประมาณสนับสนุนการทำงานเชิงรุก โดยเฉพาะสิ่งที่อยากทำก็คือ การขยายบริการเชิงรุก ให้ลงถึงชุมชนมากขึ้น จะได้มีงบในการจัดรถคลินิกเคลื่อนที่ ค่าเดินทางทีมเยี่ยมบ้าน อุปกรณ์ ประเมินความเสี่ยง และอื่นๆ คือ พุดง่าย ๆ ไม่ต้องรอ ให้ผู้สูงอายุเข้ามาหาเรา แต่เราเข้าไปดูแลพวกเขา ก่อนเกิดปัญหาอะค่ะ...”

สมหทัย (นามสมมติ) อายุ 53 ปี พยาบาลด้านผู้สูงอายุ
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2561

“...ก็อยากได้งบสนับสนุนเพื่อส่งอบรมเทคนิควิธีสื่อสารกับผู้สูงอายุที่ดีๆ อะครับ คืออยากให้พวกเขาเชื่อฟังและยอมทำตามคำแนะนำ หรือสิ่งที่เราสอนไป อยากให้พวกเขาให้ความร่วมมือ ในการป้องกันการหกล้มร่วมไปกับเรา คิดว่าถ้ามีงบ ให้อบรมก็น่าจะช่วยให้พวกเราได้เทคนิคความรู้ใหม่ๆ ไปใช้ในการแก้ปัญหาทางานให้ดียิ่งขึ้น...”

สมชาย (นามสมมติ) อายุ 48 ปี นักกายภาพบำบัด
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2561

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการหกล้ม ในผู้สูงอายุตามมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ในมิติผู้สูงอายุ ได้แก่

1.1 ข้อจำกัดทางร่างกายและสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงาน การศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การเสื่อมสมรรถภาพ ของกล้ามเนื้อและระบบประสาทที่เป็นไปตามวัย ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงและ การทรงตัวถดถอยลง อันเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิด

การหกล้มได้ง่าย การลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวนี้ จำเป็นต้องส่งเสริมการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน หรือการปฏิบัติกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดิน และการยืดเหยียด เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อ เพิ่มความแข็งแรงและความทนของกล้ามเนื้อ ตลอดจนถึงเพิ่มความสามารถในการทรงตัวของ ผู้สูงอายุ^{12,13} ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมทางกายมี ความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเหนื่อยล้า นั่นคือ การปฏิบัติกิจกรรมทางกายจะลดลงตามความ เหนื่อยล้าที่มากขึ้น และความเหนื่อยล้านี้ส่งผลต่อ การลดทอนความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ¹⁴ นอกจากนี้การใช้ยา ร่วมกันหลายขนาน (Polypharmacy) จากการมี โรคเรื้อรังร่วมหลายโรคอาจทำให้เกิดปฏิกิริยา ไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug reactions) เช่น เวียนศีรษะ การควบคุมสมดุลลดลง ภาวะ ความดันโลหิตตกในขณะเปลี่ยนท่า ฯลฯ ซึ่งการ ใช้ยาร่วมกันหลายขนานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{15,16} ดังนั้นจะเห็นได้ว่าข้อจำกัดทางร่างกายและสุขภาพ ของผู้สูงอายุ จึงนับเป็นปัญหาและอุปสรรคที่ สำคัญต่อการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและ ความสำเร็จในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

1.2 ข้อจำกัดด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ พบว่า เมื่อประสิทธิภาพการทำงานของสมองในบางด้าน ของผู้สูงอายุลดลง ไม่ว่าจะเป็นในด้านความจำ ภาษา การคิดวิเคราะห์ หรือสมาธิ ย่อมส่งผลต่อการสูญเสีย ความคิดเชิงซ้อนและการมีสมาธิจดจ่อในการปฏิบัติ ตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุขไม่เต็มที่เท่าที่ควร¹⁷ ด้วยเหตุนี้ข้อจำกัดด้าน การรับรู้ของผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาและอุปสรรค สำคัญที่มีผลลดทอนประสิทธิภาพการส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนบั่นทอนความสำเร็จใน การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้ด้วยเช่นกัน

1.3 การมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุปฏิเสธการใช้ไม้เท้าหรืออุปกรณ์ช่วยเดิน เพราะมองว่าสิ่งนี้สื่อถึงความเสื่อมถอย^{18,19} อีกทั้งมีความเชื่อว่าหากเคลื่อนไหวหรือมีกิจกรรมทางกายอาจทำให้หกล้มและเกิดความไม่ปลอดภัยได้ จึงทำให้หลีกเลี่ยงการดำเนินกิจกรรมต่างๆ²⁰ ปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้เป็นผลจากประสบการณ์ส่วนบุคคล การเรียนรู้ทางสังคม วัฒนธรรม และข้อมูลข่าวสารที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง สะท้อนการยอมรับว่าสิ่งใดเป็นจริงหรือควรเป็น ความเชื่อเหล่านี้เป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการก่อรูปเป็นทัศนคติ คือ แนวโน้มทางจิตใจในการประเมินสิ่งใดสิ่งหนึ่งในเชิงบวกหรือลบ เมื่อบุคคลมีความเชื่อและทัศนคติไปในทิศทางใดแล้ว ย่อมนำไปสู่การมีพฤติกรรมในทิศทางเดียวกันนั้น^{21,22} ดังนั้นผู้สูงอายุที่ยังคงมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกล้ออายจากการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน และความเชื่อด้านความปลอดภัยจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกายเพราะกลัวหกล้มย่อมส่งผลต่อความสามารถในการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ลดลง ซึ่งถือเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จได้

1.4 ภาวะกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ภาวะกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ เป็นภาวะทางจิตใจที่เป็นความวิตกกังวลและขาดความมั่นใจในการเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกายเพราะกลัวจะเกิดการหกล้มโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้มมาก่อน²³ ผู้สูงอายุจึงพยายามจำกัดกิจกรรมทางกายส่งผลทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงและมีปัญหาการทรงตัว ก่อให้เกิดเป็นปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ²⁴ ทั้งนี้หากผู้สูงอายุที่มีภาวะกลัวการหกล้มมากเกินไป อาจทำให้เกิดการหลีกเลี่ยง

ในการพบปะและขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นๆ รวมถึงปฏิเสธการไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อันอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ในท้ายที่สุด²⁰ การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มและการสร้างพื้นที่เพื่อเปิดโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มที่มีความเสี่ยงคล้ายกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีความกลัวลดลง ตลอดจนมีความตระหนักและพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ดีขึ้น²⁵

2. ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตามมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในมิติครอบครัว ได้แก่

2.1 การขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีบทบาทอย่างสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ เข้าใจบริบท รู้ถึงความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากในการให้กำลังใจและให้การดูแลเกื้อหนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ^{13,26,27} อย่างไรก็ตามสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุตรของผู้สูงอายุต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุในครอบครัวมากเท่าที่ควร²⁷ ทำให้ครอบครัวขาดการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการให้ข้อมูล รับฟังคำแนะนำ หรือเรียนรู้ร่วมกับผู้สูงอายุ รวมถึงอาจพลาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมและหรือการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ของหน่วยบริการทางสุขภาพที่ได้จัดขึ้น ส่งผลให้การสนับสนุนผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขาดความต่อเนื่อง และเป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญต่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

2.2 การมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของครอบครัว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ



การศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า บางครอบครัวมีความเชื่อและทัศนคติที่คลาดเคลื่อนจากหลักการทางสุขภาพ เช่น การมองว่าไม้เท้าหรืออุปกรณ์ช่วยพยุงเดินเป็นสัญลักษณ์ของความเสื่อมทางด้านร่างกายและสถานะทางสังคม^{18,19} ความเชื่อว่าการไม่เคลื่อนไหวช่วยลดความเสี่ยงจากการหกล้มและสร้างความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ²⁰ และการมองว่าการหกล้มเป็นส่วนหนึ่งของความชราและเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุที่หลีกเลี่ยงไม่ได้^{28,29} ทั้งนี้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด²⁷ และถือเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเพื่อลดอุบัติเหตุและความรุนแรงของเหตุการณ์การหกล้มอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนได้ ดังนั้นครอบครัวจึงจำเป็นต้องมีความเชื่อและทัศนคติที่ถูกต้อง เนื่องจากความเชื่อและทัศนคติมีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือ หากบุคคลมีความเชื่อและทัศนคติไปในทิศทางใดแล้วย่อมมีแนวโน้มนำไปสู่การมีพฤติกรรมในทิศทางเดียวกันนั้น^{21,22} การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและมาตรการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องจะส่งผลต่อความเชื่อ ทัศนคติ และพฤติกรรมเชิงป้องกันที่ถูกต้องของครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุอย่างปลอดภัยและสม่ำเสมอ เพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อและการทรงตัว การปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่เอื้อและเกิดความปลอดภัยต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ รวมถึงการเฝ้าระวังและให้ความสำคัญกับการใช้ยาที่อาจมีผลต่อการหกล้ม^{9,13,25,26} ในทางตรงกันข้าม หากครอบครัวมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องแล้วย่อมเป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญต่อพฤติกรรมในเชิงป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุของครอบครัวได้ด้วยเช่นกัน

3. ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตามมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในมิติชุมชน ได้แก่

3.1 การมีงบประมาณและทรัพยากรที่จำกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดและทราบปัญหาความต้องการของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นของตนเป็นอย่างดี มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาความต้องการหรือความเดือดร้อนของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นของตนเอง การมีงบประมาณและทรัพยากรที่จำกัดส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณะที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานให้แก่ประชาชนได้อย่างครอบคลุม^{13,30} ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการปรับปรุงที่อยู่อาศัยหรือสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน³¹ รวมถึงการมีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอและมีการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่หกล้ม³²

3.2 การขาดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานใกล้ชิดประชาชน มีบทบาทและเป็นกลไกที่สำคัญต่อการดำเนินงานในการตอบสนองและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงควรทำงานอย่างบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัย กรมอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ฯลฯ เพื่อประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายดังกล่าวในการวางแผน ควบคุม และป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ^{13,33}

4. ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตามมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในมิติบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่

4.1 การขาดการสนับสนุนกำลังคนด้านสุขภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า กำลังคนด้านสุขภาพถือเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นการมีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอจึงมีความสำคัญต่อคุณภาพและมาตรฐานของการบริการสุขภาพแก่ประชาชน^{34,35} ในทางตรงกันข้าม การขาดการสนับสนุนกำลังคนด้านสุขภาพย่อมส่งผลกระทบต่อจำนวนภาระงานของบุคลากรทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น อันส่งผลทำให้มาตรการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุไม่อาจดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพตามที่ควรจะเป็น

4.2 การขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ ความร่วมมือ และหาแนวทางพัฒนาการดำเนินงานที่เหมาะสมและต่อเนื่อง นับเป็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเชิงรุกของเครือข่ายทีมสุขภาพในชุมชน³⁶ การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุนี้อาจจะบรรลุประสิทธิผลอย่างเป็นรูปธรรมได้ หากไม่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอ ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินงานเกี่ยวกับ (1) การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการหกล้มให้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในปัจจุบันเสี่ยงและมาตรการป้องกันที่ถูกต้อง (2) การขยายบริการเชิงรุกสู่ชุมชน เพื่อยกระดับการดำเนินงาน

ให้เป็นเชิงรุกมากขึ้น และ (3) การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเปิดโอกาสในการเรียนรู้เทคนิคและวิทยาการความรู้ใหม่ๆ ตลอดจนบทบาทและปรับปรุงแนวทางมาตรฐานให้ทันสมัยอยู่เสมอ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมการพัฒนาชุดกิจกรรมและสื่อการเรียนรู้ด้านการป้องกันการหกล้มที่สอดคล้องกับศักยภาพและข้อจำกัดของผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการออกแบบเนื้อหาและการใช้ภาษาที่เรียบง่าย ชัดเจน และเข้าถึงได้ง่าย เพื่อสนับสนุนความเข้าใจและการปฏิบัติตามได้อย่างเหมาะสม เช่น แบบฝึกการทรงตัวเบื้องต้นในท่านั่ง หรือวิดีโอที่ให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงจากการหกล้มและแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องและปลอดภัย เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ ทักษะ และความตระหนักรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตลอดจนส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

2. ควรมีการณรงค์และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะในความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน เช่น การมองว่าการใช้ไม้เท้าหรืออุปกรณ์ช่วยพยุงเดินเป็นสัญลักษณ์ของความชรา ความเชื่อว่าการอยู่นิ่งปลอดภัยกว่าการเคลื่อนไหว หรือการมองว่าการหกล้มเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุและเป็นเหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นต้น โดยเน้นการให้ข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม เพื่อเสริมสร้างทัศนคติและความเชื่อในเชิงบวกต่อการใช้ไม้เท้าหรืออุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมตามศักยภาพ



ของผู้สูงอายุ รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อสร้างการยอมรับ การอยู่ร่วมกันอย่างเข้าใจ และปราศจากการตีตรา ตลอดจนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

3. ควรมีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกันการหกล้มในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านกำลังคนและด้านงบประมาณอย่างเหมาะสมและเพียงพอ โดยมุ่งเสริมสร้างศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพในการขยายบริการเชิงรุกสู่ชุมชน อาทิ การจัดตั้งคลินิกเคลื่อนที่ การดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้าน และการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความรู้ เทคโนโลยี และทักษะที่ทันสมัย รวมทั้งมีความเชี่ยวชาญและความมั่นใจในการดำเนินงานด้านการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4. ควรสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในชุมชน เพื่อร่วมกัน

ออกแบบและพัฒนาระบบการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยบูรณาการงบประมาณและทรัพยากรร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนมาตรการเชิงรุก เช่น การจัดซื้ออุปกรณ์ช่วยเหลือ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยทั้งในบ้านและพื้นที่สาธารณะ ตลอดจนส่งเสริมบทบาทของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็งที่มีส่วนร่วมในการลดความเสี่ยงจากการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “การเกื้อหนุนของครอบครัวต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว” ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณแผ่นดินประจำปี พ.ศ. 2561 มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ และขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลสำคัญในพื้นที่ศึกษาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการแบ่งปันประสบการณ์อันมีคุณค่า ซึ่งล้วนมีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของบทความวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. The 2024 survey of the older persons in Thailand. Survey report. [Internet]. [cited 2025 Apr 30]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf. (in Thai).
2. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Falls in the elderly: accidents in the elderly that you must be careful of for your loved ones. [Internet]. [cited 2025 May 5]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/15/548>. (in Thai).
3. Tansakul T. Reducing fall-related accidents among the elderly. [Internet]. Bangkok: Bangkok Hospital; 2024 Sep 14. [cited 2025 Jul 31]. Available from: <https://www.bangkokhospital.com/th/bangkok/content/reduce-accidents-in-the-elderly-2>. (in Thai).

4. Maipimai W. Falls in the elderly: a problem that should not be overlooked. [Internet]. [cited 2016 Jul 29]. Available from: http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/ns_academic/56/08/old_th.html. (in Thai).
5. Surakarn E, Sikkarinakul E, Tansakul T, Wattanapanom P. Don't let the elderly fall – they might not get up. [Internet]. [cited 2025 Jul 9]. Available from: <https://www.bangkokhospital.com/th/bangkok/content/beware-of-elderly-people-falling>. (in Thai).
6. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Fall prevention medication: a guidebook for preventing falls in the elderly. [Internet]. [cited 2025 Jul 9]. Available from: <https://thaitgri.org/?p=36204>. (in Thai).
7. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. How much does the government spend on elderly falls? [Internet]. [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=43338&deptcode=dip>. (in Thai).
8. World Health Organization. Falls. [Internet]. [cited 2025 May 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
9. Rodseeda P. Fall prevention among the elderly living in a community: the nursing role in home health care. Thai Red Cross Nursing Journal 2018;11(2):15-25. (in Thai).
10. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Falls in the elderly: far more dangerous than in any other age group – a problem that should not be overlooked. [Internet]. [cited 2025 Jul 7]. Available from: http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/ns_academic/56/08/old_th.html. (in Thai).
11. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for medical practice to prevent/assess falls in the elderly. [Internet]. [cited 2025 May 5]. Available from: https://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/01/book_8.pdf. (in Thai).
12. Physical Therapy Center, Faculty of Physical Therapy, Mahidol University. Exercise reduces the risk of falls in the elderly. [Internet]. [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://pt.mahidol.ac.th/ptcenter/knowledge-article/exercise-reduces-the-risk-of-falls-in-the-elderly/>. (in Thai).
13. Pongaumpai P, Hoontrakul S, Roojanavech S. The effects of family empowerment program on fall prevention capabilities of the elderly. RTN Med J 2018;45(2):311-27. (in Thai).
14. Monkanphai P, Mongkong S, Detprapon M. The relationships between physical activity, perceived social support, and fatigue in older adults with lung cancer. JTNMC 2025;40(1):118-30. (in Thai).
15. Intana J, Pannarong K, Tawetanawanich Y, Yatniyom P, Srisabjanaan L. Ensuring medication safety for older people: a protocol for nursing action. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2021;4(1):17-32. (in Thai).

16. Thunyadee N, Bosittipichet T, Leesri T. Polypharmacy, fall-risk increasing drugs, and falls among the elderly attending primary care services in Phra Nakhon Si Ayutthaya province: a cross-sectional study. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2022;16(1):236-50. (in Thai).
17. Hinkhaw C, Pimtara P, Loysak B. Promoting individual and family self-management for glycemic control in diabetic patients with cognitive impairment. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi* 2020;31(2):293-305. (in Thai).
18. Fernandes JB, Fernandes SB, Almeida AS, Vareta DA, Miller CA. Older adults' perceived barriers to participation in a falls prevention strategy. *J Pers Med* 2021;11(6):450.
19. Kong KS, Lee FK, Mackenzie AE, Lee DT. Psychosocial consequences of falling: the perspective of older Hong Kong Chinese who had experienced recent falls. *J Adv Nurs* 2003;43(4):350-9.
20. Kosundilok T, Wannapruek P, Charoenvai P, Katungkang P. Fear of falling in older adults: nursing care with health belief model's approach. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2023;17(3):1050-61. (in Thai).
21. Reid N, Ali AA. Beliefs and attitudes. In: Reid N, Ali AA. *Making sense of learning*. Cham: Springer; 2020. p.253-79.
22. Seeda K, Tipmed C, Ploysawang P, Jamsri P, Pangmuang P. Assessment of knowledge, beliefs, attitudes and behaviors regarding cancer among village health volunteers in Salok Bat sub-district, Khanu Worakabsaburi district, Kamphaeng Phet. *Department of Health Service Support Journal* 2023;19(2):49-58. (in Thai).
23. Krajangjaeng T, Keawkaen P. Effect of integrated motor control training program on balance ability and fall efficacy in elderly. *RTN Med J* 2021;48(2):420-33. (in Thai).
24. Noimontree W. Fear of falling: geriatric syndrome and nursing role using evidence-based practice. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2018;26(3):92-101. (in Thai).
25. Suwan P, Kanthanaphat N, Soawaphan J, Intarasongkor S, Uonkeaw A, Hankla S. The development of practice guideline for preventing fall using 10 P's multifactorial concepts among older adults in community. *RTN Med J* 2020;47(2):414-31. (in Thai).
26. Seesawang J, Thongtaeng P, Naimkerd P, Tantaphoprasit J. Family participation: a strategy for encouraging treatment adherence among older persons with uncontrolled hypertension. *Rama Nurs J* 2022;28(2):159-69. (in Thai).
27. Kanchanakijisakul C. Family participation in supporting drug use for Thai elderly with chronic diseases. *Journal of Health Science* 2016;25(2):192-203. (in Thai).
28. Kiami SR, Sky R, Goodgold S. Facilitators and barriers to enrolling in falls prevention programming among community-dwelling older adults. *Arch Gerontol Geriatr* 2019;82:106-13.



29. Sherrington C, Tiedemann A. Physiotherapy in the prevention of falls in older people. *J Physiother* 2015;61(2):54-60.
30. Chanruang C. Current problems of local government organizations. *Bangkok Business*. 2022. [cited 2025 Jul 9]. Available from: https://www.bangkokbiznews.com/columnist/1008930?utm_source=chatgpt.com. (in Thai).
31. Kostseekiaw T, Jaisue D, Chanthanui K, Sritumna P. The development of falls prevention model for elderly by participation of community networks Maha Sarakham province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office* 2024;6(4):1-17. (in Thai).
32. Tanuchit S, Chinnacom D, Malathong N, Doungthipsirikul S, Tantivess S. The situations of emergency medical services associated with elderly falls in Thailand: policy recommendation. *Journal of Professional Routine to Research* 2019;6:57-68. (in Thai).
33. Sudsomboon S, Thammaporn W, Puttasukkee T, Chaimay P. Role of local government organization for elderly care. *Journal of Southern Technology* 2016;9(1):121-7. (in Thai).
34. Health Systems Research Institute. Health workforce planning research: a compass for developing the health service system in the next decade. [Internet]. [cited 2025 May 5]. Available from: <https://www.hsri.or.th/news/1/1777>. (in Thai).
35. Vongvichai C. Health workforce as a workforce: Problems and solutions for the Thai health system. [Internet]. [cited 2025 May 5]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2016/04/12004>. (in Thai).
36. Womsoy S. Factors related to operations of sub-district family doctor's health team networks in Nam Pat district, Uttaradit province. [Master's Thesis, School of Health Science]. Sukhothai Thammathirat Open University. 2017. (in Thai).



ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว ต่ออาการเหนื่อยล้า และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

The Effect of Early Ambulation Program for Cardiac Rehabilitation on Fatigue and Anxiety in Patients Undergoing Open Heart Surgery

วรรณนิศา จำปาเทศ* นิภาพร วงศ์เนียม** ศิหรรษา สมเกต** ศุภรดา เพิ่มผล**

Wannisa Jampathet,* Niphaphon Wongneam,** Sihansa Somgate,** Suparada Permpol**

*,** โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จ.ชลบุรี

*,** Somdej Pranangchaosirikit Hospital, Chonburi Province

* Corresponding Author: Wanny.naa@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว ต่ออาการเหนื่อยล้า และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 24 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว โดยใช้แนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า แบบประเมินความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ส่วนแบบประเมินอาการเหนื่อยล้า และแบบประเมินความวิตกกังวลได้ค่าความเที่ยง 0.91 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Wilcoxon signed ranks test และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าและระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{46} = 20.14$, $p < .001$ และ $t_{30} = 5.87$, $p < .001$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสามารถลดอาการเหนื่อยล้าและลดระดับความวิตกกังวลได้

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ อาการเหนื่อยล้า ความวิตกกังวล การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว

Received: April 20, 2025; Revised: November 19, 2025; Accepted: November 21, 2025

Abstract

This quasi-experimental study utilized a comparative group design with pretest and posttest measurements to investigate the effects of an early ambulation cardiac rehabilitation program on fatigue and anxiety levels in patients undergoing open-heart surgery. The sample consisted of 48 patients admitted to the surgical ward at Somdej Pranangchaosirikit Hospital, selected through purposive sampling based on predefined inclusion criteria. Participants were equally divided into an experimental group and a control group, each comprising 24 individuals. The experimental group received an early ambulation cardiac rehabilitation program guided by Bandura's self-regulation theory, while the control group received standard nursing care. Research instruments included a personal information questionnaire, a fatigue assessment scale, an anxiety scale tailored to open-heart surgery, and the rehabilitation program itself. The content validity index (CVI) of the program was 1. The fatigue and anxiety scales demonstrated high reliability, with Cronbach's alpha coefficients of 0.91 and 0.94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon Signed Ranks Test, and independent t-tests.

The results showed that the mean fatigue score in the experimental group was significantly lower than that of the control group ($t_{46} = 20.14$, $p < .001$). Likewise, the mean anxiety score in the experimental group was significantly lower than in the control group ($t_{30} = 5.87$, $p < .001$). These findings support the effectiveness of early ambulation cardiac rehabilitation in reducing fatigue and anxiety among patients after open-heart surgery.

Keywords: cardiac rehabilitation, fatigue, anxiety, open-heart surgery, early ambulation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การรักษาโรคหัวใจจะแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งการผ่าตัดหัวใจเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและมุ่งเน้นแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นของหัวใจ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคลิ้นหัวใจ และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด¹ เพื่อให้ระบบการไหลเวียน และการทำงานของหัวใจดีขึ้น แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ตามวิธีการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และการผ่าตัดหัวใจแบบปิด ในประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมากกว่าร้อยละ 80 นอกจากนี้ยังพบสถิติการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพิ่มสูงขึ้นกว่า

ร้อยละ 55 ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา² สอดคล้องกับสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดตั้งแต่ พ.ศ. 2559 จนถึงปัจจุบัน มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 877 ราย โดยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี³

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความซับซ้อน ต้องทำให้หัวใจของผู้ป่วยหยุดเต้นชั่วคราว เพื่อให้สามารถมองเห็นพยาธิสภาพที่ต้องการแก้ไขได้ชัดเจน และใช้เครื่องปอด-หัวใจเทียม ช่วยทำหน้าที่แทนปอดและหัวใจขณะผ่าตัด โดยภายหลังการผ่าตัดก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น อาการปวดแผล เจ็บหน้าอก หายใจไม่เต็มอิ่ม อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า ภาวะวิตกกังวล เป็นต้น และอาจเกิด



ภาวะแทรกซ้อนขึ้น ได้แก่ ภาวะหัวใจถูกกด ภาวะไตวาย ความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร ภาวะปอดติดเชื้อ ภาวะติดเชื้อหรือปวดบวมบริเวณขาข้างที่ผ่าตัด ระยะยาวมีโอกาสเกิดการกลับมารักษซ้ำ^{4,5} การที่จะลดผลกระทบและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้นั้น สามารถทำได้โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัดหัวใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายโดยเร็ว และเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองต่อเมื่อกลับบ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสามารถลดอัตราการกลับมาเป็นโรคหัวใจซ้ำได้ ร้อยละ 25 - 47 ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจได้ 0.74 เท่า และลดอัตราการกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาลได้ 0.82 เท่า เปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มี การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ⁵ และมีการศึกษาพบว่า ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด หลังมีการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในช่วงหลังการผ่าตัดเทียบกับช่วงก่อนการผ่าตัด (95% CI = 4.32 - 14.08, $p < .05$)⁶ ประโยชน์ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นข้อสนับสนุนว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ควรได้รับส่งเสริมเพื่อเตรียมความพร้อมในฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัดหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพการทำงานของหัวใจจนสามารถทำงานได้ในระดับที่เหมาะสม รวมถึงการป้องกันโรคหัวใจไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำ⁷

อย่างไรก็ตามจากการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ส่วนใหญ่มักนอนนิ่งๆ มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยพบว่า มีปัจจัยหลากหลาย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ก่อนผ่าตัดมักมีพยาธิสภาพของหัวใจและปอดอยู่เดิม ทำให้มีสมรรถภาพทางกายลดลงอาจส่งผลให้ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง

กว่าปกติ³ มีอาการปวดแผลผ่าตัด โดยพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่มีคะแนนปวดแผลผ่าตัดถึงร้อยละ 81.11 ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะไอหรือหายใจแรงๆ และยังพบว่า หลังผ่าตัดมักมีอาการอ่อนเพลียเหนื่อยล้า ร้อยละ 55³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุปผา อินทรรัตน์⁸ ที่พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีอาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 65 โดยอาการเหนื่อยล้าส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่การทำกิจกรรมของผู้ป่วยลดลง และจากการศึกษาของ ดวงมล ไวยาวรี และคณะ⁹ พบว่า ความเหนื่อยล้ามีอิทธิพลทางลบต่อความสามารถในการทำหน้าที่หลังผ่าตัดหัวใจ ($\beta = -.214$, $p = .033$) ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้การมีกิจกรรมทางกาย และการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัดลดลง

ในส่วนของท่านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในการปฏิบัติกิจกรรมทางกายด้วยตนเอง ถึงแม้จะมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่แล้วก็ตาม แต่พบว่าผู้ป่วยยังคงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผลผ่าตัดกลางหน้าอก ทำให้ไม่กล้าบริหารปอดด้วยเครื่อง Incentive spirometer เนื่องจากกลัวแผลแยก ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดหลังผ่าตัด ร้อยละ 5.55³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rao และคณะ¹⁰ พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลปานกลางถึงระดับสูง มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพียง ร้อยละ 28 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวลหรือมีระดับความวิตกกังวลเล็กน้อย นอกจากปัจจัยด้านบุคคลยังมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ ผู้ป่วยบางรายบอกว่ามีอุปกรณ์ติดตัวที่ไม่คุ้นชินจึงไม่อยากจะขยับเพราะกลัวอุปกรณ์จะเลื่อนหลุด และแม้จะมีการปรึกษาแผนกกายภาพบำบัดเพื่อทำการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แต่ยังพบข้อจำกัด เช่น การทำกายภาพบำบัดได้วันละ 1 ครั้ง เฉพาะเวลาราชการ จึงทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจลดลง

ปรากฏการณ์ดังกล่าวล้วนส่งผลต่อความพร้อมในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ทำให้การฟื้นตัวหลังการผ่าตัดล่าช้าออกไป เกิดผลกระทบทางลบต่อภาวะสุขภาพโดยรวม เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพร้อมในการกำกับตนเองต่อการปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาลลดลง และอาจส่งผลถึงพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 2 ซึ่งผู้ป่วยต้องมีการกำกับตนเองอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้ละเลยการออกกำลังกาย ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในด้านอื่น¹¹ ดังนั้นหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจึงต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว และจัดการอาการเหนื่อยล้า ลดความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ^{1,6,7}

เห็นได้ว่าหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วอยู่ในระดับต่ำ จากปัจจัยที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็น สภาวะการเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะวิตกกังวล และปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น การมีอุปกรณ์ติดตามร่างกายที่ไม่คุ้นเคย ไม่คุ้นชินสถานที่ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความพร้อมที่จะทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สอดคล้องกับทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura^{12,13} ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานว่า การกระทำของบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่าง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมภายนอก ปัจจัยทั้ง 3 นี้มีอิทธิพลต่อกันในลักษณะเป็นการร่วมกันทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจมีอิทธิพลไม่เท่ากัน เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ นอกจากจะพัฒนาได้ด้วยการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแล้ว ยังสามารถพัฒนาได้โดยการควบคุมความคิด ความรู้สึกในการกระทำของตนเอง เพื่อไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งไว้ หรือที่เรียกว่าการกำกับตนเอง (Self-regulation) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ต้องฝึกฝนและพัฒนา จึงจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

ได้แก่ กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-observation) กระบวนการตัดสิน (Judgment process) และกระบวนการตอบสนองต่อตนเอง (Self-reaction) จากแนวคิดนี้หากเปลี่ยนแปลงที่สภาพแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคล ก็จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสมได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำทฤษฎีปัญญาสังคม มาใช้เป็นแนวทางเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและผู้ป่วยโรคหัวใจ เช่นการศึกษาของ ดุซาร์กร เปียทิพย์ และคณะ¹¹ พบว่า หลังให้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว และสมรรถภาพปอด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) ภาวะแทรกซ้อนของปอดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้งระยะหลังผ่าตัดวันที่ 3 และสัปดาห์แรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$ และ $p < .01$ ตามลำดับ) และยังมีผลในการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การศึกษาของ บุปผา อินทรรัตน์⁸ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ Janssen และคณะ¹⁴ ที่นำแนวคิดการกำกับตนเอง มาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตั้งแต่ระยะที่ 1 ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมฯ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มทดลองในระยะยาว (15 เดือน) โดยพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น ทั้งในระยะ 6 และ 15 เดือน ($p < .001$, $p < .01$ ตามลำดับ) เห็นได้ว่าการนำทฤษฎีปัญญาสังคม และกระบวนการกำกับตนเอง มาใช้เป็นกรอบแนวคิดเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหัวใจ ส่งผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

จากข้อมูลดังกล่าวมานี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดย

การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ที่มีศักยภาพในการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีแนวโน้มการผ่าตัดเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง³ และแม้ว่าจะมีแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอยู่แล้วนั้น แต่ยังไม่พบข้อจำกัดในการปรึกษาแผนกกายภาพบำบัดเฉพาะในเวลาราชการ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจล่าช้าออกไป รวมทั้งยังไม่มีระบบที่ชัดเจนให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่เป็นการเตรียมความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยนักกายภาพต่อไป ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีปัญญาสังคมตามกระบวนการการกำกับตนเองของ Bandura^{12,13} มาประยุกต์ใช้ เพื่อทำให้เกิดความพร้อมที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 1 ให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้โดยเร็วเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า และสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งช่วยลดระดับความวิตกกังวลในการดูแลตนเองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว
2. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเหนื่อยล้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ความเหนื่อยล้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

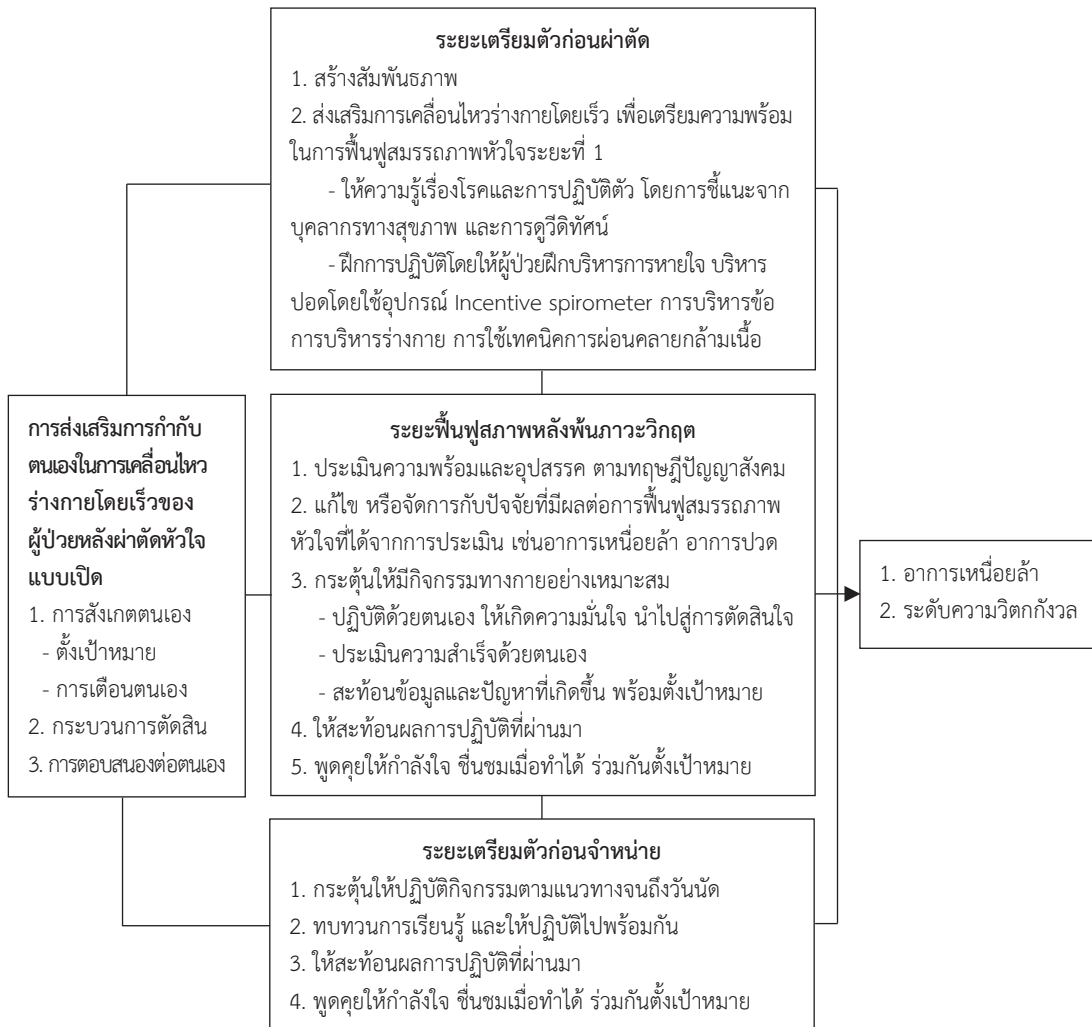
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคมของ Bandura^{12,13} ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานว่า การกระทำของบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่าง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมภายนอก ปัจจัยทั้ง 3 นี้มีอิทธิพลต่อกันในลักษณะเป็นการร่วมกันทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจมีอิทธิพลไม่เท่ากัน แนวคิดนี้เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้ส่วนหนึ่งของบุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของตนเอง และอีกส่วนหนึ่งจากการสังเกตพฤติกรรมของคนอื่น เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังจากแนวคิดนี้ ถ้าต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการเปลี่ยนแปลงที่สภาพแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคล โดยพฤติกรรมของมนุษย์ สามารถพัฒนาได้โดยการควบคุมความคิด ความรู้สึกในการกระทำของตนเอง เพื่อไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งไว้ หรือที่เรียกว่าการกำกับตนเอง

การกำกับตนเอง (Self-regulation) เป็นขั้นตอนที่ต้องฝึกฝน และพัฒนาจึงจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กระบวนการสังเกตตนเอง บุคคลจะต้องทราบว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับตนเสียก่อน จึงคิดเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมนั้น ในกระบวนการนี้ประกอบไปด้วย การตั้งเป้าหมาย เพื่อกำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีการเตือนตนเอง โดยการบันทึก เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับว่ามีพฤติกรรมในลักษณะใด และนำไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ 2) กระบวนการตัดสินใจ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองมาเป็นตัวกำหนดว่าพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นมีผลอย่างไรต่อบุคคล เพื่อนำมาตัดสินใจในการที่จะปรับพฤติกรรม โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้และเรียนรู้จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ และ 3) กระบวนการ

ตอบสนองต่อตนเอง เป็นกระบวนการสุดท้ายของการกำกับตนเอง การแสดงการตอบสนองต่อตนเองมีทั้งทางบวกและทางลบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแรงจูงใจที่นำไปสู่การกระทำ ในขั้นตอนนี้สามารถเสริมแรงเพื่อให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อตนเองได้ เช่น การให้รางวัล หรือการกล่าวชมเชยจากครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ เมื่อเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม และให้กำลังใจหากยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนด เพื่อให้บุคคลเกิดกระบวนการเรียนรู้และการมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเป็นครั้งแรก และแพทย์นัดมาผ่าตัดมารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) มีความรุนแรงของโรคหัวใจตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก ระดับ 1 และ 2 (NYHA FC I, II) 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 5) ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง การมองเห็น สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 3) ไม่มีภาวะพิการทางร่างกายที่เป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เกณฑ์การคัดออก 1) มีโรคร่วมที่รุนแรงหรือเฉียบพลัน ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะอาการกำเริบ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใน 24 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด ภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง 2) สัญญาณชีพไม่คงที่ เกณฑ์การถอนอาสาสมัคร 1) ต้องเข้ารับการผ่าตัดซ้ำเพื่อแก้ไขความผิดปกติ 2) เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น หรือเสียชีวิต คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการกำหนดอำนาจในการทดสอบ เท่ากับ 0.80 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง เท่ากับ 0.50 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน¹⁵ และเพื่อป้องกันจำนวนกลุ่มตัวอย่างสูญหาย จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 ราย แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 24 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามเพื่อคัดกรองความ

บกพร่องทางสมอง โดยใช้แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ Six-Item Cognitive Impairment Test สร้างขึ้นโดย Brook and Ballock ใช้แบบประเมินฉบับภาษาไทยของ ศตวรรษ อุดรศาสตร์¹⁶ ที่นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยกระบวนการแปลกลับ (Back Translation) ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของการแปลภาษารายชื่อ พบว่า ทุกข้อได้ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 - 3.00 คะแนน ถือว่ามีความเที่ยงตรงของการแปลภาษา ประกอบด้วย ข้อคำถาม 6 ข้อ สำหรับการแปลผล ถ้าคะแนน ≥ 7 คะแนน ถือว่ามีความบกพร่องทางสมอง

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ (NYHA) ประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (EF) และโรคประจำตัว

1.3 แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า

ประเมินได้จากแบบสอบถามความเหนื่อยล้าของ Piper และคณะ ฉบับภาษาไทยของ ปฐมภรณ์ เจริญไทย และ จิราพร เกษพิชญวัฒนา¹⁷ มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.95 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 ข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามตัวเลข 0 ถึง 10 ให้เลือกตอบเป็นเส้นตรง (Numeric scale) การแปลความหมายของคะแนนมีค่าตั้งแต่ 0 - 220 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีระดับอาการเหนื่อยล้ามาก

1.4 แบบประเมินความวิตกกังวลต่อ

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ประเมินได้จากแบบประเมินความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดหัวใจของ ดุซาร์กร์ เปียทิพย์ และคณะ¹¹ มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และ

ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 โดยให้ประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง มีข้อคำถาม 24 ข้อ แบบประเมินเป็นแบบ Rating scale 4 ระดับ คือ คะแนน 1 หมายถึง มีระดับความวิตกกังวลน้อยที่สุด จนถึงคะแนน 4 หมายถึง มีความวิตกกังวลมากที่สุด การแปลความหมายของคะแนนมีค่าตั้งแต่ 24 - 96 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีระดับความวิตกกังวลมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้ทฤษฎีปัญญาสังคมในกระบวนการกำกับตนเอง ทั้ง 3 วิธี ตลอดจนการให้โปรแกรม ประกอบไปด้วย 1) กระบวนการสังเกตตนเอง ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย เพื่อกำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสม และการเตือนตนเอง โดยการบันทึก เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับของพฤติกรรม และนำไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ 2) กระบวนการตัดสินใจ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองมาเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่แสดงออก เพื่อนำมาตัดสินใจในการที่จะปรับพฤติกรรม โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้และเรียนรู้จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ และ 3) กระบวนการตอบสนองต่อตนเองเพื่อให้บุคคลเกิดกระบวนการเรียนรู้และมีการกำกับตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.2 แผนการสอนและสื่อการสอน

ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด วิถีทัศน์เกี่ยวกับตัวแบบที่ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างเหมาะสม รวมทั้งวิถีทัศน์การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ การบริหารปอด การมีกิจกรรมทางกาย และการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ที่เผยแพร่ทางออนไลน์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

2.3 คู่มือการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ จัดทำโดยกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ¹⁸ เนื้อหาประกอบด้วย ลำดับกิจกรรมที่ทำได้ในขณะอยู่โรงพยาบาล การปฏิบัติตัวภายหลังออกจากโรงพยาบาล แนวทางการทำงาน และกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการสอนเรื่องการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ วิถีทัศน์เกี่ยวกับตัวแบบที่ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ อย่างเหมาะสม รวมทั้งวิถีทัศน์การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ นำไปตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของรูปแบบและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และเจ้าหน้าที่เวชศาสตร์ฟื้นฟูผู้เชี่ยวชาญในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พิจารณาคัดค้านระหว่างโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วกับกรอบแนวคิดทฤษฎีในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 หลังจากนั้นนำโปรแกรมปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 3 ราย ประเมินแผนการสอน และสื่อการสอนต่างๆ โดยการสังเกตและสอบถามถึงความน่าสนใจของเนื้อหา ภาษา ตัวอักษร รูปภาพ ความเข้าใจในภาษา ความชัดเจน

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความความเหนื่อยล้า และแบบประเมินความวิตกกังวลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 10 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้

มาหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของ
ครอนบาค โดยได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.91 และ
0.94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยจึง
ทำการรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคล และเพื่อป้องกัน
ปัจจัยแทรกซ้อนจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บ
ข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นก่อน จากนั้นจึงเริ่ม
เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง มีความเท่าเทียมกันโดยใช้
วิธีการจับคู่ (Matched pair) ตามคุณสมบัติที่กำหนด
เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เช่นเดียวกันจน
ครบ 24 คู่ โดยใช้ห้องประชุมของหอผู้ป่วยที่เข้า
ทำการศึกษา เพื่อแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์
ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือ
ในการทำวิจัย โดยความสมัครใจ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง
เพื่อเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะ
สุขภาพ ในวันแรก และหลังจากย้ายออกจากหออภิบาล
ผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่อ
ซักถามอาการทั่วไป พร้อมทั้งเก็บข้อมูล หลังผ่าตัด
ประเมินความเหนื่อยล้าหลังผ่าตัด หลังจากนั้นให้
ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำ
หอผู้ป่วย สำหรับวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อกล่าวทักทาย พุดคุย
ซักถามอาการทั่วไป พร้อมทั้งเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผล
 พร้อมทั้งส่งมอบคู่มือการดูแลตนเองและการฟื้นฟู
สมรรถภาพหัวใจหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาล
เพื่อทำการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งได้รับการเตรียม
ผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัดโดยพยาบาลประจำ
หอผู้ป่วยและนักรักษาพยาบาลบำบัดตามปกติด้วย
เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และผู้วิจัยได้ดำเนินการ
เพิ่มเติมตามกระบวนการกำกับตนเองตามทฤษฎี
ปัญญาสังคม โดยให้โปรแกรมแบ่งเป็น 3 ชั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 ระยะเวลาผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน:

การสังเกตตนเอง (Self-observation)

ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูล
ทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ และแบบประเมินอาการ
เหนื่อยล้า และความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดหัวใจ
แบบเปิด หลังจากนั้นให้ความรู้แก่กลุ่มทดลองผ่านสื่อ
การสอน (power point) เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว
ในการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะแรกหลังผ่าตัด แนะนำขั้นตอน
การทำการกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังผ่าตัด แนะนำ
เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และเพื่อให้กลุ่มทดลอง
ได้เข้าใจการทำการกิจกรรมดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม
เกิดการจดจำและมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามตัวแบบ
ผู้วิจัยนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ที่ประสบความสำเร็จ
ในการทำการกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังผ่าตัด
ผ่านทางสื่อวีดิทัศน์ พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง
หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้พิจารณาการปฏิบัติพฤติกรรม
สุขภาพที่ผ่านมาของตนเอง และสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับ
ปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเป้าหมาย (Goal setting)
ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม โดยใช้เวลาในการฝึกทักษะ
ทั้งหมดประมาณ 30 - 45 นาที

ขั้นที่ 2 การเตือนตนเอง (Self-monitoring)

กระบวนการตัดสินใจ (Judgment process)

ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมกลุ่มทดลองทุกวัน หลังจาก
ย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วย
ศัลยกรรมทั่วไป เพื่อเยี่ยมกล่าวทักทายพุดคุย ซักถาม
อาการทั่วไป ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ และ
แผนการรักษาต่างๆ ประเมินความพร้อมในการทำ
กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พร้อมกับดูแลความ
ไม่สุขสบายต่างๆ บรรเทาอาการปวดแผล ให้การดูแล
ทางด้านจิตใจและอารมณ์ กระตุ้นดูแลให้มีการทำ
กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เมื่อผ่านเกณฑ์การ
ประเมินความพร้อมตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในแต่ละวัน
หลังผ่าตัด มีเป้าหมายให้ผ่านเกณฑ์กิจกรรมระดับที่ 3

มอบคู่มือแบบการบันทึกกิจกรรมในการฟื้นฟู
สมรรถภาพหัวใจ เพื่อเป็นการเตือนตนเอง โดยการ
บันทึกพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ตามแบบบันทึกการ

ปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมาย นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่อไป

ขั้นที่ 3 ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล: กระบวนการตอบสนองต่อตนเอง (Self-reaction)

ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมกลุ่มทดลองอีก 1 ครั้ง เพื่อกล่าวทักทาย พูดคุยซักถามอาการทั่วไป ติดตามการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และกระตุ้นให้ปฏิบัติตามแนวทางจนถึงวันนัด ทบทวนการเรียนรู้ ให้ปฏิบัติไปพร้อมกัน และให้สะท้อนผลการปฏิบัติที่ผ่านมา ประเมินความสำเร็จด้วยตนเองตามกระบวนการตอบสนองต่อตนเอง ผู้วิจัยพูดคุยให้กำลังใจ ชื่นชมเมื่อทำได้ และร่วมกันตั้งเป้าหมาย หลังจากนั้นประเมินระดับความเหนื่อยล้า และประเมินความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เอกสารรับรองเลขที่ COA-NMD-REC 028/67 เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2567 - 19 กันยายน 2568 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยยึดหลักประโยชน์ที่จะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับการวิจัย และการเก็บรักษาความลับ การเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการเข้าร่วมการวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล การปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้นำไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น ขั้นตอนและวิธีการศึกษาในครั้งนี้จะอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนทำกิจกรรม และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดในขณะทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะใช้ในการวิจัยเท่านั้น การเผยแพร่จะทำในภาพรวม ไม่มีการระบุ

รายชื่อ นามสกุล ซึ่งหลังจากวิเคราะห์ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ 1 ปี หลังจากนั้นจึงนำไปทำลาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าและความวิตกกังวลภายในกลุ่ม (Within group) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Dependent t-test และการทดสอบ Wilcoxon signed ranks test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้าและความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Independent t-test โดยมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ได้แก่ ข้อมูลทั้งสองกลุ่ม เป็น Normal distribution กลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มประชากร คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้ามีความแปรปรวนของประชากรทั้งสองกลุ่มเท่ากัน ค่า Levene's test, $p = .411$ ในส่วนของความวิตกกังวลมีความแปรปรวนทั้งสองกลุ่มไม่เท่ากัน ใช้สูตร Welch t-test และประชากรทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.5 และ 2.37 ตามลำดับ

ผลการวิจัย

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูล เพศ อายุ โรคชนิดการผ่าตัด ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 83.3) มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี (ร้อยละ 52.1) สถานภาพ



สมรสคู่ (ร้อยละ 77.1) การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 37.5) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 41.7) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 30,001 - 40,000 บาท (ร้อยละ 45.8) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 72.9) และอาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 72.9) ข้อมูลภาวะสุขภาพ พบว่า ทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 75 เป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบสามเส้น ได้รับการผ่าตัดบายพาส (ร้อยละ 79.2) ทั้งหมดมีโรคร่วมอื่น (ร้อยละ 100) มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ (NYHA) ระดับ 1 (ร้อยละ 72.9) สัดส่วนเลือดที่สูบน้ำออกจากหัวใจ (EF) 40% - 50% (ร้อยละ 45.8) มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 62.5 โดยมีภาวะอ้วนระดับ 1 มากที่สุด ร้อยละ 33.3 ส่วนมาก ร้อยละ 75 มีประวัติสูบบุหรี่ โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 79.2 ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว

เคยดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 75) และปัจจุบันเลิกดื่มสุรา/ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้ว (ร้อยละ 75) ใช้สิทธิเบิกต้นสังกัด (ร้อยละ 41.7) รองลงมาใช้สิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 39.6)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้า และความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{23} = 21.64$, $p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความต่างของคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของกลุ่มทดลองก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Dependent t-test ($n = 24$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 24)				d	SD	t	df	p-value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง						
	Mean	SD	Mean	SD					
ความเหนื่อยล้า	142.38	12.56	69.63	12.44	72.75	16.46	21.64	23	< .001*

* $p < .001$

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -4.287$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของกลุ่มทดลองก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test ($n = 24$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 24)						Z	p-value
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง				
	Mean	SD	Median	Mean	SD	Median		
ระดับความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด	75.12	6.62	76.50	40.46	5.44	41.50	-4.287	< .001*

* $p < .001$

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้า และความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test (n = 48)

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง (n = 48)				Mean difference	t	df	p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 24)		กลุ่มควบคุม (n = 24)					
	Mean	SD	Mean	SD				
ความเหนื่อยล้า	69.63	12.44	137.13	10.71	67.50	20.14	46	< .001*
ระดับความวิตกกังวล	40.46	5.44	57.96	13.54	17.50	5.87	30.22	< .001*

* p < .001

จากตารางที่ 3 พบว่า ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าและระดับความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{46} = 20.14$, $p < .001$ และ $t_{30} = 5.87$, $p < .001$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. คะแนนความเหนื่อยล้าและความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{23} = 21.64$, $p < .001$ และ $Z = -4.287$, $p < .001$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง 142.38 (SD = 12.56) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าลดลงอยู่ในระดับน้อย สำหรับความวิตกกังวล พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง 75.12 (SD = 6.22) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระดับคะแนนความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 40.46 (SD = 5.44) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง รวมถึงประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ส่งผลให้ก่อนผ่าตัดกลุ่มทดลอง

เกิดการเหนื่อยล้าได้มากขึ้น¹⁷ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ ก่อนการผ่าตัดกลุ่มทดลองได้รับการฝึกปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจาก วิดีทัศน์ต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ ได้ฝึกกระบวนการกำกับตนเอง ได้สะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นพร้อมตั้งเป้าหมายตั้งแต่แรกเริ่ม นอกจากนี้กลุ่มทดลองได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพของหัวใจเดิมให้ดีขึ้น มีการประเมินอาหารเหนื่อยล้า และมีการจัดการกับอาการทั้งด้านร่างกาย เช่น อาการปวดแผลผ่าตัด และด้านจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรม ซึ่งตรงตามทฤษฎีปัญญาสังคม^{12,13} ที่กล่าวว่า หากเปลี่ยนแปลงที่สภาพแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคล ก็จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสมได้ จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วได้ตามเกณฑ์ที่คาดหวัง อาการเหนื่อยล้าและระดับความวิตกกังวลหลังผ่าตัดจึงลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ให้เห็นตัวอย่างต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด จะสร้างความมั่นใจ



ให้กับตนเองเพิ่มขึ้น ว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เช่นเดียวกัน¹⁹

2. คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าและระดับความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{46} = 20.14, p < .001$ และ $t_{30} = 5.87, p < .001$ ตามลำดับ)

นอกจากผลของการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดช่วยให้เลือดสามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถบีบเลือดออกจากหัวใจไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ดี อาการเหนื่อยล้าจึงลดลง สามารถอภิปรายตามทฤษฎีปัญญาสังคม ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลได้ว่า การศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี (ร้อยละ 52.1) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ยังอยู่ในวัยทำงาน แม้จะเริ่มมีการเสื่อมของร่างกาย แต่ยังคงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ เมื่อได้รับการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วตามทฤษฎีปัญญาสังคม^{12,13} โดยมีการตั้งเป้าหมายตามกระบวนการสังเกตตนเอง กลุ่มทดลองจึงยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ยังคอยได้รับการกระตุ้นจากกิจกรรมการลงบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมตามเป้าหมาย ร่วมกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย ซึ่งการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ²⁰ ส่งผลให้เกิดกระบวนการตัดสินใจว่าจะยังคงพฤติกรรมต่อไป และจากความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจนั้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ จึงพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าลดลงเท่ากับ 69.63 (SD = 12.44) โดยผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วที่ระดับ 3 คือ การก้าวเดินออกจากเตียงที่เป็นการเตรียมความพร้อมในการทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อไป ในทางกลับกันกลุ่มควบคุม

สามารถเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วที่ระดับ 3 ได้น้อยกว่าส่วนใหญ่มาอยู่บนเตียง จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยล้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)²¹

ในส่วนค่าเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{30} = 5.87, p < .001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ทั้งยังได้ฝึกทักษะ ได้ปฏิบัติกิจกรรมจริงอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ตลอดจนได้รับการกระตุ้นเตือนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร่วมกับหลังผ่าตัดได้รับการแก้ไขพยาธิสภาพ กลุ่มตัวอย่างจึงรู้สึกสุขสบายมากขึ้น ระดับความวิตกกังวลจึงลดลง เนื่องจากเกิดความมั่นใจในผลลัพธ์การรักษา ทำให้คุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดดีขึ้น²² นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 54 ปี (SD = 8.66) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์การปรับตัวและเผชิญกับภาวะต่างๆ ได้ดี มีวิธีการจัดการอารมณ์และความเครียดที่ปฏิบัติอยู่เดิม จึงสามารถจัดการกับความเครียดได้ดี ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลหลังการทดลองลดลงอยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 40.46 (SD = 5.44)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีปัญญาสังคมของ Bandura^{12,13} ในส่วนของการพัฒนาควบคุมความคิด ความรู้สึกในการกระทำของตนเอง เพื่อไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยมีการกระตุ้นเตือนให้กลุ่มทดลองฝึกฝนและพัฒนาอยู่เสมอ ตั้งแต่วันไว้ในโรงพยาบาลตลอดจนก่อนการจำหน่าย ด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-observation) กระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) และกระบวนการตอบสนองต่อตนเอง (Self-reaction) ตลอดจนการให้โปรแกรม และมีการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

หัวใจ ไม่ว่าจะเป็นอาการปวด ความไม่สุขสบายต่างๆ จนได้ผลลัพธ์ในการลดอาการเหนื่อยล้า และลดระดับความวิตกกังวล จนนำไปสู่การกำกับตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยวิธีนี้ไปใช้ ผู้ใช้สามารถอ่านและทำความเข้าใจตามแผนการสอนและสื่อการสอนที่เตรียมไว้ โดยไม่ต้องฝึกอบรมเฉพาะทางเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. Neumann FJ, Sousa-Uva M, Ahlsson A, Alfonso F, Banning AP, Benedetto U, et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. Eur Heart J 2019;40(2):87-165.
2. The Society of Thoracic Surgeons of Thailand. Statistics of heart surgery in Thailand 2001 - present. [Internet]. [cited 2020 Jul 10]. Available from: <https://thaists.org/en/stat-2564/>. (in Thai).
3. Somdej Pranangchaosirikit Hospital. Patient statistics of heart surgery 2016-2022. Chonburi: Somdej Pranangchaosirikit Hospital; 2016. (in Thai).
4. Gowdak L, Fernandes F, Vianna C, Dallan L, Cesar LAM. Complications after coronary artery bypass surgery: Is there a role for noninvasive testing before surgery. JACC 2015;65(10s):A1619.
5. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, Taylor RS. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. J Am Coll Cardiol 2016;67(1):1-12.
6. Vititsiri B, Swanpitak P, Sanjaroensuttikul N, Uaaree P, Kobkitsumongkol K, Sangmanee S. Effects of group therapy in cardiac rehabilitation program on quality of life in open heart surgery patients. J Thai Rehabil Med 2018;28(2):44-8. (in Thai).
7. Tanprasert P, Kunchorn Na Ayudhya R, Kantaratanakul V, Intrakamhaeng P, Phongprapai S, Rakpanich P, et al. Cardiac rehabilitation guideline. [Internet]. [cited 2022 Jul 22]. Available from: <http://www.thaiheart.org/guideline.html>. (in Thai).
8. Intarat B. Program enhancing self-efficacy in cardiac rehabilitation on physical fitness and satisfaction of patients with coronary artery bypass grafting. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Prince of Songkla University; 2013. (in Thai).

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามเพื่อประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาว อีก 3 ระยะ ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ ระยะที่ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 8 - 12 สัปดาห์ ระยะที่ 3 เริ่มใน ระยะที่ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ ระยะที่ 4 เป็นระยะต่อเนื่อง

9. Waiwaree D, Sindhu S, Utriyaprasit K, Slisatkorn W. Factors predicting functional status in patients post coronary artery bypass graft. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2017;28(2),126-39. (in Thai).
10. Rao A, Zecchin R, Newton PJ, Phillips JL, DiGiacomo M, Denniss AR, et al. The prevalence and impact of depression and anxiety in cardiac rehabilitation: A longitudinal cohort study. Eur J Prev Cardiol 2020;27(5):478-89.
11. Piathip D, Liangchawengwong S, Satdhabudha O. The effects of enhancing self-efficacy in early cardiac rehabilitation program on physical outcomes and anxiety among patients post coronary artery bypass graft surgery. Songklanagarind Journal of Nursing 2018;38(3),12-24. (in Thai).
12. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1986.
13. Bandura A. Social Cognitive theory of self-regulation. Organizational Behavior and Human Decision Processes 1991;50:248-87.
14. Janssen V, Gucht V, van Exel H, Maes S. A self-regulation lifestyle program for post-cardiac rehabilitation patients has long-term effects on exercise adherence. J Behav Med 2014;37(2):308-21.
15. Burns N, Grove SK. Practice of nursing research: conduct, critique, & utilization. 5th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders; 2005.
16. Udonsat S. Factors related to burden among male caregivers of elderly with stroke. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Burapha University; 2018. (in Thai).
17. Charoenthai P, Kespichayawattana J. Selected factors related to fatigue in elderly with heart failure. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2013;25(3):39-50. (in Thai)
18. Physical Medicine and Rehabilitation Team. Behavioral manual for patients with coronary heart disease. [Brochure]. Chonburi: Somdej Pranangchaosirikit Hospital; 2021.
19. Srimuang J, Sathiyamas J, Homvises B. The effects of an enhancing self-efficacy program and mobile application in rehabilitation on physical fitness and anxiety among coronary artery bypass graft surgery patients. Kuakarun Journal of Nursing 2024;31(2):296-309. (in Thai).
20. Jampathet W, Masingboon K, Ponpinij P, Chantamit-O-Pas C. Factors influencing adherence to cardiac rehabilitation in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. RTN Med J 2022;49(2):275-90. (in Thai).
21. Suriya R, Jomkan W, Konsawan S, Promwichai P. Rating of perceived exertion and physical activity in patients with open heart surgery in Chiangrai Prachanukroh hospital. Chiangrai Medical Journal 2017;9(1):85-97. (in Thai).
22. Khemthong A, Saengchan H, Naka K. Relationship between cardiac rehabilitation behaviors and quality of life among patients post coronary artery bypass graft. Songklanagarind Journal of Nursing 2018;38(3):1-11. (in Thai).

ผลของยาพอกเข้าสมุนไพรต่ออาการปวดเข่า ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

The Effect of Herbal Poultices for Relieving Knee Pain among Older Adults with Osteoarthritis

กรรณา จันทุม* จักรินทร์ เคนรัง** ณัฏลดา จินดามัตย์** นิรมล จະกุนชร** นัตยา ทางชัยภูมิ** ศิริญาณณ์ ฉิมกมล**

Karuna Chuntum,* Chakkarin Khenrang,** Natchaladda Jindamat,** Niramorn Jakunchorn,**

Nattaya Tangchaiyaphum,** Siriyaporn Chimkamol**

* สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จ.ชัยภูมิ

* Community Health, Faculty of Arts and Sciences, Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum Province

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสังข์ จ.ชัยภูมิ

** Nong Sang Sub-District Health Promoting Hospital, Chaiyaphum Province

* Corresponding Author: karuna.ch@cpru.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ใช้การศึกษาสองกลุ่มแบบวัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของยาพอกเข้าสมุนไพรต่ออาการปวดเข่าของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังใช้ยาพอกเข้าสมุนไพร เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 34 คน กลุ่มทดลองได้รับการพอกเข้าด้วยสมุนไพรและคู่มือการดูแลตนเองเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลจากสถานพยาบาลตามปกติ การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก เครื่องมือเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม 3) แบบประเมินระดับความปวดด้วยตนเอง และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจยาพอกเข้าสมุนไพรต่ออาการปวดเข่าของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการ ดังนี้ 1) ใช้สถิติพรรณนาเพื่อหาค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าพื้นฐาน 2) เปรียบเทียบค่าคะแนนระดับความเจ็บปวดภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test 3) เปรียบเทียบค่าคะแนนระดับความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยหลังใช้ยาพอกเข้าสมุนไพร 4 สัปดาห์ คะแนนความปวดกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้หลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($t = 2.39$, $p = 0.01$) ผลประเมินความพึงพอใจทั้ง 5 ประเด็น มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

คำสำคัญ: นวัตกรรมสุขภาพ ยาพอกเข้าสมุนไพร อาการปวดเข่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

Received: May 10, 2025; Revised: July 21, 2025; Accepted: July 30, 2025



Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design was conducted to evaluate the effectiveness of herbal knee poultices in reducing knee pain among older adults with osteoarthritis, and to assess the participants' satisfaction with the intervention. Data collection took place between October and December 2024.

The sample included 68 elderly participants aged 60 years and older, evenly divided into an experimental group and a control group, each consisting of 34 members. The experimental group received herbal knee poultices along with a self-care manual tailored for osteoarthritis management while the control group received standard care provided by healthcare facility. Participants were chosen using a simple random sampling method. Data collection utilized several instruments: (1) a questionnaire to gather general demographic information about the participants; (2) an assessment tool for evaluating the severity of osteoarthritis; (3) a self-assessment survey for pain levels; and (4) a satisfaction survey regarding the herbal knee poultices. Data analysis was conducted as follows: (1) Descriptive statistics calculated the mean and standard deviation of baseline values; (2) Paired t-tests compared pain level scores within each group; and (3) Independent t-tests compared pain level scores between the two groups.

After a four-week intervention using herbal knee poultices, results indicated no significant difference in mean pain scores between the experimental and control group prior to the trial. However, post-intervention analysis identified a statistically significant difference in mean pain scores between the two groups ($t = 2.39$, $p = 0.01$). Additionally, the satisfaction assessment across all five areas indicated consistently high to very high levels of satisfaction.

Keywords: health innovation, herbal poultices, knee pain, older adults with osteoarthritis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การสหประชาชาติ คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป จะเพิ่มจำนวนขึ้นเป็นร้อยละ 16 และมีอัตราส่วนเป็น 1 ใน 6 ของประชากรโลก¹ ในประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 กล่าวคือ มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย รายงานสถิติ จำนวนผู้สูงอายุ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2567 มีผู้สูงอายุ 13,444,127 คน (ร้อยละ 20.69) ปัจจุบัน ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ นั่นคือมี

ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด² ภายในปี พ.ศ. 2576 ประเทศไทย จะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดโดยคาดการณ์ว่า ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 28 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ถือว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนระดับที่รวดเร็วเมื่อเทียบกับประเทศอื่น³ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากความเสื่อมของร่างกาย โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁴ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคข้ออักเสบหรือข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของระบบกระดูกและข้อ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2563 พบความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมทั่วโลกร้อยละ 22.90 โดยประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 16 และในทวีปเอเชียพบร้อยละ 19.20 ทั้งนี้ความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยช่วงอายุที่มีความชุกโรคข้อเข่าเสื่อมมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 70 - 79 ปี⁵ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อรวมถึงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง⁶ เนื่องจากข้อเข่าเป็นข้อต่อที่รับน้ำหนักและมีบทบาทสำคัญในการเคลื่อนไหว จึงมีโอกาสดเกิดการเสื่อมได้มากในผู้สูงอายุ⁷ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น เกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อที่ต้องรับน้ำหนัก เช่น ข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อต่อกระดูกสันหลัง⁸ โดยพบได้ตั้งแต่วัยกลางคนอายุ 40 ปีขึ้นไป และพบในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 50 พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย 2 - 3 เท่า และในผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปพบโรคข้อเข่าเสื่อมสูงถึงร้อยละ 80⁹

โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากการเสื่อมและสึกกร่อนของกระดูกอ่อนผิวข้อและกระดูกใต้ผิวข้อ ส่งผลให้ความสามารถในการรับและดูดซับแรงกระแทกลดลง เมื่อโรครุนแรงกระดูกอ่อนอาจแตกหรือหลุดล่อน ช่องว่างระหว่างข้อแคบลง น้ำไขข้อลดลง และเกิดการเสียดสีและอักเสบ ทำให้มีอาการปวด บวม ข้อฝืด และเคลื่อนไหวลำบาก หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอาจเกิดข้อผิดรูปและทุพพลภาพได้¹⁰⁻¹¹ ผลกระทบของโรคยังครอบคลุมถึงกล้ามเนื้ออ่อนแรง ความเครียดจากอาการปวดเรื้อรัง การทำกิจวัตรประจำวันลดลง ตลอดจนผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การสูญเสียรายได้และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน¹²

โรคข้อเข่าเสื่อมแบ่งเป็น 2 ประเภท¹³ ได้แก่ ข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิ ซึ่งเกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนตามวัยและไม่สามารถระบุสาเหตุจำเพาะได้ โดยมีปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน และลักษณะการประกอบอาชีพที่มีการลงน้ำหนักหรือใช้งานข้อเข่าซ้ำๆ เช่น การยกของหนัก การนั่งยอง และการเคลื่อนไหวขณะเดิน¹⁴ และข้อเข่าเสื่อมแบบทุติยภูมิ ซึ่งมีสาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นชัดเจน เช่น การบาดเจ็บ ข้อผิดรูปแต่กำเนิด โรคทางเมแทบอลิซึม และความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ เป็นต้น

ปัจจุบันการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมมีหลายรูปแบบ¹⁵ ขึ้นอยู่กับอาการและระยะของโรค ได้แก่ 1) การรักษาด้วยยา ส่วนใหญ่ใช้ยาลดปวดและยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ แต่การใช้ยาจะมีราคาแพงและเกิดผลผลข้างเคียง เช่น แผลหรือเลือดออกในทางเดินอาหาร และภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ¹⁶ 2) การรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การปรับพฤติกรรม การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาและรอบข้อเข่า และการควบคุม น้ำหนัก ซึ่งต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จึงจะช่วยลดอาการปวดและเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม และ 3) การรักษาด้วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู และการแพทย์ทางเลือก เช่น การใช้อาหารเสริม สมุนไพร การฝังเข็ม การนวด การกดจุด และธาราบำบัด⁶

แม้ว่าการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมมีหลายรูปแบบ แต่เป้าหมายหลัก คือ การบรรเทาอาการปวด และลดความผิดปกติของข้อเข่า ทั้งนี้ยังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสนับสนุนประสิทธิผลของการรักษาแบบใดรูปแบบหนึ่งอย่างเฉพาะเจาะจง จึงมีแนวโน้มปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาไปสู่การรักษาแบบไม่ใช้ยา ซึ่งอาจช่วยลดอาการปวดในระยะยาว และส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย¹⁷⁻¹⁸ โดยเฉพาะการบำบัดที่ไม่ใช้ยา (Non-pharmacological

treatment) หรือการแพทย์แบบผสมผสาน (Complementary therapy) เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิผลและได้รับการยอมรับในระดับสากล¹⁹ และเหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ระยะเริ่มต้นที่พบได้จำนวนมากในชุมชนและสามารถเข้าถึงบริการได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละพื้นที่ได้อย่างสะดวก²⁰ อีกทั้งยังเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขที่ทำให้การแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ²¹ โดยมีการจัดบริการคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลของรัฐเพื่อให้บริการรักษาโรคต่างๆ รวมถึงโรคข้อเข่าเสื่อม²² กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอการพอกสมุนไพรเป็นทางเลือกในการบรรเทาอาการปวดข้อเข่า²³ จากกรทบทวนวรรณกรรม พบว่า การพอกเข่าด้วยสมุนไพรที่มีฤทธิ์ด้านการอักเสบและลดอาการปวด สามารถช่วยลดอาการปวดและความผิดปกติ รวมทั้งลดระยะเวลาในการลุกเดิน และส่งผลให้ความสามารถในการทำงานข้อเข่าดีขึ้น²⁴⁻³⁰ จะเห็นได้ว่าภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านเป็นศาสตร์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่อาศัยความเชื่อ ความศรัทธาและอาศัยทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นหลัก³¹ สมุนไพรหลักที่ใช้ในสูตรยาสมุนไพรพอกเข่ามีความแตกต่างกันตามภูมิปัญญาท้องถิ่นและระยะเวลาในการพอกเข่า องค์ประกอบของสมุนไพรที่แตกต่างกันในแต่ละสูตรสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางการรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อเข่าและลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม อาจช่วยลดการใช้ยาแผนปัจจุบันและการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ส่งเสริมการใช้สมุนไพรไทยและนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง

จากเหตุผลดังกล่าวการวิจัยนี้จึงศึกษาผลของการพอกยาสมุนไพร โดยผู้วิจัยเลือกใช้สมุนไพรที่พบในท้องถิ่น 5 ชนิด ได้แก่ ใบย่านาง เบญจรงค์ วานกาบหอย เพชรสังฆาต และผิวมะกรูด ผสมกับผงถ่าน โดยนำสมุนไพรมาทำให้แห้งและบดละเอียด

จากนั้นผสมน้ำและนำมาพอกบริเวณข้อเข่าประมาณ 30 นาที หรือจนกว่ายาพอกจะแห้ง ล้างทำความสะอาด จากนั้นประเมินอาการปวด ผู้วิจัยหวังว่าการวิจัยครั้งนี้จะเป็นทางเลือกหนึ่งให้กับผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อลดปริมาณการรับประทานยาแก้ปวดแผนปัจจุบัน ช่วยบรรเทาอาการปวดเข่า ลดอัตราการรักษาโดยการผ่าตัดข้อเข่า อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานข้อเข่าได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้สมุนไพรและเข้ารับการรักษาโดยหัตถการแผนไทยมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวดจากอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังใช้ยาพอกเข่าสมุนไพร
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวดจากอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังใช้ยาพอกเข่าสมุนไพร
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังใช้ยาพอกเข่าสมุนไพร

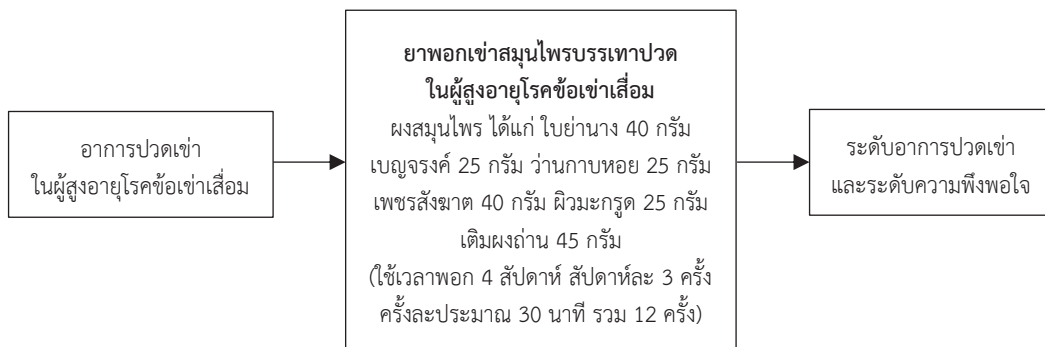
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวดจากอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ลดลงกว่าก่อนใช้ยาพอกเข่าสมุนไพร
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวดจากอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการพัฒนานวัตกรรมของ วิมา จิระแพทย์ กล่าวถึงการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพมี 13 ขั้นตอน คือ การพัฒนายาพอกเข้าสมุนไพรเชื่อมโยงกับขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรมได้ดังนี้ 1) การมองเห็นปัญหา 2) การประเมินความต้องการเพื่อแสวงหาวิธีการบรรเทาอาการปวดขาในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยสอบถามผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม 3) สร้างแนวร่วมและทีมงานโดยขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อค้นหาปัญหา 4) กำหนดประเด็นการพัฒนายาพอกเข้า

สมุนไพรให้มีประสิทธิภาพ 5) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาพอกเข้าสมุนไพรอย่างเป็นระบบ 6) สังเคราะห์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีคุณภาพ 7) ออกแบบ 8) กำหนดวิธีการวัดผล 9) กำหนดวิธีการใช้ 10) ทดลองใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม 11) ประเมินผลยาพอกเข้าสมุนไพรด้วยการประเมินอาการปวดของโรคข้อเข่าเสื่อม 12) บันทึกผลพร้อมแหล่งอ้างอิงที่ใช้ในการสร้างนวัตกรรมยาพอกเข้าสมุนไพร 13) การเผยแพร่ยาพอกเข้าสมุนไพรให้สามารถนำไปใช้จริง ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ออกแบบการวิจัยเป็นการศึกษาสองกลุ่มวัดผลการศึกษาสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสังข์ อำเภอกำแพงศรี จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 1,118 คน³²

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G-power พัฒนาจากแนวคิดของ Cohen³³ กำหนดขนาดอิทธิพล 0.80 ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 และอำนาจการทดสอบ 0.90 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 34 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม 68 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองได้รับการพอกเข้าด้วยสมุนไพรและคู่มือการดูแลตนเองเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม 34 คน กลุ่มเปรียบเทียบได้รับคู่มือการดูแลตนเองเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมและรับบริการสุขภาพจากสถานบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพตามปกติ 34 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วม การศึกษาวิจัย (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ ที่มีคะแนนประเมินระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับปานกลาง 20 - 29 คะแนนขึ้นไป ร่วมกับมีอาการเจ็บกระดูกอ่อนผิวข้อเข่า ข้อเข่าฝืด มีเสียงดัง ปวดข้อเข่าขณะเดินหรือนั่งยอง
- 2.พักอาศัยในเขตพื้นที่ตำบลหนองสังข์ อำเภอกำแพงศรี จังหวัดชัยภูมิ และมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสังข์ อำเภอกำแพงศรี จังหวัดชัยภูมิ
- 3.เป็นผู้ที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ ไม่มีอาการปวดร้าวข้อเข่าหรือภาวะแทรกซ้อนจากการปวดเส้นประสาทของโรคข้อเข่าเสื่อม
- 4.ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดข้อเข่า ไม่มีโรคประจำตัวที่รุนแรงเสี่ยงต่อการวิจัย เช่น กระดูกพรุน โรคกระดูกงู เป็นตัน มีดัชนีมวลกายไม่เกิน 30 - 35 kg/m²
5. ไม่มีประวัติการแพ้สมุนไพรรักษาโรคข้อเข่า ได้แก่ ใบย่านาง เพชรสังฆาต ว่านกาบหอย เบนจรงค์ และผิวมะกรูด และยินยอมเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจาก การศึกษาวิจัย (Exclusion criteria) มีดังนี้

- 1.เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดเป็นอุปสรรคในการรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีผลต่อการรับรู้และการเคลื่อนไหว รวมทั้งผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง
- 2.เป็นผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสารและการสื่อความหมาย

3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการศึกษาวิจัย เช่น ขาดงานจากการร่วมกิจกรรมหรือย้ายที่อยู่อาศัย

4. ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่เสียชีวิตระหว่างการการศึกษา

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยทำฉลากหมายเลขเท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 68 หมายเลข

1. กำหนดให้ผู้ที่ใช้บัตรคิวเลขคู่เข้ากลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการพอกเข้าด้วยสมุนไพรรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม 34 คน

2. กำหนดให้ผู้ที่ใช้บัตรคิวเลขคี่เข้ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มเปรียบเทียบได้รับคู่มือการดูแลตนเองเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมและรับบริการสุขภาพจากสถานบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพตามปกติ 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

เป็นเครื่องมือคัดเลือกอาสาสมัครร่วมการศึกษาวิจัยให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ ที่มีคะแนนประเมินระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับปานกลาง 20 - 29 คะแนน ขึ้นไป ร่วมกับมีอาการเจ็บกระดูกอ่อนผิวข้อเข่า ข้อเข่าฝืดมีเสียงดัง ปวดข้อเข่าขณะเดินหรือนั่งยอง โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ทั้งนี้รายละเอียดของแบบประเมินและการแปลผลคะแนนแสดงในส่วนที่ 2 ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบบันทึกข้อมูลสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของยาพอกเข้าสมุนไพรรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

ต่ออาการปวดเข่าของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลทั่วไปและตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนข้อคำถาม 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบทำเครื่องหมาย (/) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบหรือเติมคำในช่องว่าง ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งเดียว คือ ก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) เป็นเครื่องมือมาตรฐานใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 48 คะแนน โดยมีการแปลผลค่าคะแนน ดังนี้ 0 - 19 คะแนน มีข้อบ่งชี้โรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง 20 - 29 คะแนน มีข้อบ่งชี้มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง 30 - 39 คะแนน มีข้อบ่งชี้เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม 40 - 48 คะแนน ยังไม่พบอาการผิดปกติ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความปวดด้วยตนเอง ผู้วิจัยเลือกใช้มาตรวัดความปวดแบบรูปภาพ (Facial Pain Scale: FPS) โดยกำหนดให้ใช้รูปภาพแสดงสีหน้าบอกความรู้สึก³⁴ ตั้งแต่ไม่มีอาการปวดแทนค่าด้วยเลข 0 และอาการปวดมากที่สุดแทนค่าด้วยเลข 10 และแปลผลคะแนนโดยการจัดกลุ่มระดับความปวดจากช่วงคะแนน ดังนี้ 0 คะแนน คือ ไม่มี

ความปวด คะแนน 1 - 3 คือ มีอาการปวดในระดับเล็กน้อย คะแนน 4 - 6 คือ มีอาการปวดในระดับปานกลาง และ คะแนน 7 - 10 คือ มีอาการปวดในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจยาพอกเข่าสมุนไพรต่ออาการปวดเข่าของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 5 ข้อ ใช้สอบถามผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ใช้ยาพอกเข่าสมุนไพรหลังสิ้นสุดการทดลอง ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนตั้งแต่ระดับ 5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ถึงระดับ 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด และแปลผลคะแนนจากการหาค่าเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ³⁵ โดยการหาช่วงความกว้างอันตรภาคชั้น ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 แปลความว่า พึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 แปลความว่า พึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 แปลความว่า พึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 แปลความว่า พึงพอใจน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 แปลความว่า พึงพอใจน้อยที่สุด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ยาพอกเข่าสมุนไพร สมุนไพรที่ใช้ 5 ชนิดและผงถ่านได้แก่ ใบย่านาง เบบูจรงค์ ว่านกาบหอย เพชรสังฆาต ผิวมะกรูด และผงถ่าน (ภาพที่ 2)



ย่านาง



เบบบูจรงค์



ว่านกาบหอย



เพชรสังฆาต



ผิวมะกรูด



ผงถ่าน

ภาพที่ 2 สมุนไพรที่ใช้ 5 ชนิด และผงถ่าน

โดยมีขั้นตอนการเตรียมสมุนไพร ดังนี้ นำสมุนไพรทั้ง 5 ชนิด ล้างให้สะอาด หั่นเป็นชิ้นหยาบ นำไปตากแห้ง ปั่นและกรองสมุนไพรให้ได้ผงละเอียด นำผงสมุนไพร ใบย่านาง 40 กรัม เบญจรงค์ 25 กรัม ว่านกาบหอย 25 กรัม เพชรสังฆาต 40 กรัม ผิวมะกรูด 25 กรัม เติมน้ำ 45 กรัม ผสมให้เข้ากันเก็บในภาชนะปิดมิดชิด การกำหนดสัดส่วน ชนิดของสมุนไพร ได้จากการทบทวนผลการศึกษาที่ผ่านมา²⁴⁻³⁰ สำหรับชนิดสมุนไพรในการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้สมุนไพรในท้องถิ่นเป็นหลัก (ภาพที่ 3)



ใบย่านาง 40 กรัม เบญจรงค์ 25 กรัม ว่านกาบหอย 25 กรัม เพชรสังฆาต 40 กรัม ผิวมะกรูด 25 กรัม

ภาพที่ 3 ผงสมุนไพรที่ใช้ 5 ชนิด และเพิ่มผงถ่าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ **ส่วนที่ 1** แบบสอบถามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนข้อคำถาม 13 ข้อ **ส่วนที่ 2** แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ **ส่วนที่ 3** แบบประเมินระดับความปวดด้วยตนเอง ผู้วิจัยเลือกใช้มาตรวัดความปวดแบบรูปภาพ **ส่วนที่ 4** แบบประเมินความพึงพอใจยาพอกเข้าสมุนไพรต่ออาการปวดเข่าของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 5 ข้อ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทย จำนวน 1 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80³⁶ ทั้งนี้ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.82

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินระดับความปวดแบบรูปภาพ และแบบประเมินความพึงพอใจหลังใช้ยาพอกเข้าสมุนไพร ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีคุณสมบัติคล้ายกับอาสาสมัคร 10 คน หาค่าความเที่ยง

โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ครั้งนี้ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 ขึ้นไป³⁶ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.81, 0.82 และ 0.84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ สาธารณสุขอำเภอแก้งคร้อ และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองสังข์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มเปรียบเทียบที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสังข์ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ กล่าวทักทาย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน ระยะเวลาการวิจัย จำนวนครั้งการเยี่ยมอาสาสมัคร พร้อมนัดหมายเวลาแต่ละครั้ง

2.1 เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามลักษณะข้อมูลทั่วไป จำนวนข้อคำถาม 13 ข้อ พร้อมบันทึกผลการประเมิน

2.2 ประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) จำนวนข้อคำถาม 12 ข้อพร้อมบันทึกผลการประเมิน

2.3 ให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมประเมินระดับความปวดของตนเอง ใช้มาตรวัดความปวดแบบรูปภาพ พร้อมบันทึกผลการประเมิน

2.4 หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 - 4 กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลที่เคยใช้บริการทางด้านสุขภาพตามปกติ เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินระดับความปวดของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยมาตรวัดความปวดแบบรูปภาพ พร้อมมอบคู่มือการดูแลตนเองเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมที่พัฒนาขึ้น จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์และรายงานผลการดำเนินการหลังจากเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสังข์ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดชัยภูมิ กล่าวทักทาย แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน ระยะเวลาในการวิจัย จำนวนครั้งการมาเยี่ยมอาสาสมัคร พร้อมนัดหมายเวลาแต่ละครั้ง

ผู้วิจัยใช้ยาพอกเข่าสมุนไพรกับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและมอบคู่มือการดูแลตนเองเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 5 ระยะ รวมเวลา 4 สัปดาห์ (ระยะเวลาการใช้คู่มือเท่ากับระยะเวลาการใช้ยาพอกเข่าสมุนไพรกับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม) รายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1: วันแรกของสัปดาห์ที่ 1

1. เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามลักษณะข้อมูลทั่วไป จำนวนข้อคำถาม 13 ข้อ พร้อมบันทึกผลการประเมิน

2. ผู้วิจัยประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) จำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ พร้อมบันทึกผลการประเมิน

3. ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมประเมินระดับความปวดของตนเอง ใช้มาตรวัดความปวดแบบรูปภาพ พร้อมบันทึกผลการประเมิน

4. ผู้วิจัยพูดคุยประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมแสดงความคิดเห็น

5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมโดยสื่อวีดิทัศน์โรคข้อเข่าเสื่อมพร้อมทั้งให้คู่มือการดูแลตนเองเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม

6. ผู้วิจัยอธิบายส่วนประกอบของสมุนไพรทั้ง 5 ชนิด ที่ใช้ในการพอกเข่าเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าและสาธิตการพอกเข่าด้วยยาพอกเข่าสมุนไพรให้กับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการพอกเข่าด้วยยาพอกเข่าสมุนไพรจะพอกให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 นาที หรือจนกว่าสมุนไพรจะแห้ง พอกเข่าวันเว้นวัน

7. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ที่ให้ผู้วิจัยและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมซักถามและแสดงความคิดเห็น และกระตุ้นโดยการนัดหมายการพอกเข่าด้วยยาพอกเข่าสมุนไพร ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ของสัปดาห์เดียวกัน

ระยะที่ 2, 3 และ ระยะที่ 4: วันแรกของสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4

1. ผู้วิจัยทบทวนสิ่งที่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับไปในสัปดาห์ที่ 1, 2 และสัปดาห์ที่ 3 และซักถามปัญหาและอุปสรรคในการใช้ยาพอกเข่าสมุนไพร

2. ผู้วิจัยพอกเข่าด้วยยาพอกเข่าสมุนไพรให้กับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการพอกเข่าด้วยยาพอกเข่าสมุนไพรจะพอกให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 นาที หรือจนกว่าสมุนไพรจะแห้ง พอกเข่าวันเว้นวัน

3. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ที่ให้ผู้วิจัยและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมซักถามและแสดงความคิดเห็น และกระตุ้นโดยการนัดหมายการพอกเข่าด้วยยาพอกเข่าสมุนไพร ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ของสัปดาห์เดียวกัน



ระยะที่ 5: วันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 4

1. ผู้วิจัยพอกเข้าด้วยยาพอกเข้าสมุนไพรมอบให้ผู้ป่วยอายุโรคข้อเข่าเสื่อมรวมทั้ง 12 ครั้ง
2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยอายุโรคข้อเข่าเสื่อมประเมินระดับความปวดของตนเอง ใช้มาตรวัดความปวดแบบรูปภาพ พร้อมบันทึกผลการประเมิน หลังการทดลอง
3. ผู้วิจัยพูดคุยประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อให้ผู้ป่วยอายุโรคข้อเข่าเสื่อมแสดงความคิดเห็น

4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยอายุโรคข้อเข่าเสื่อมประเมินความพึงพอใจหลังจากใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรมอบติดต่อกัน จำนวน 12 ครั้ง ด้วยแบบประเมินความพึงพอใจยาพอกเข้าสมุนไพรมอบต่ออาการปวดเข่าของผู้ป่วยอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 5 ข้อ พร้อมบันทึกผลการประเมิน หลังการทดลอง

ทั้งนี้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2567

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกองมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 67-01 - 008 วันที่อนุมัติ 3 พฤษภาคม 2567 วันสิ้นสุด 5 พฤษภาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ป่วยอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับความปวดของผู้ป่วยอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และความพึงพอใจของผู้ป่วยอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรมอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวดจากอาการปวดเข่าในผู้ป่วยอายุโรคข้อเข่าเสื่อมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired t-test ก่อนและหลังใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรมอบ

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวดจากอาการปวดเข่าในผู้ป่วยอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและ

กลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test ก่อนและหลังใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรมอบ

ก่อนวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวดจากอาการปวดเข่าในผู้ป่วยอายุโรคข้อเข่าเสื่อม รวมถึงตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ก่อนการทดลอง)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ก่อนการทดลอง) พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 73.50 อายุเฉลี่ย 64.83 ปี (SD = 4.27) น้ำหนักเฉลี่ย 63 กิโลกรัม (SD = 7.08) ส่วนสูงเฉลี่ย 166.88 เซนติเมตร (SD = 4.47) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.30 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.90 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 94.10 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.70 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปวดเข่า 1 - 5 ปี ร้อยละ 88.20 ส่วนใหญ่จำนวนเข่าที่มีอาการสองข้าง ร้อยละ 82.40 ไม่เคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 100 ไม่เคยได้รับการรักษา ร้อยละ 70.60 และไม่เคยรับรู้โรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 91.20

กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 64.70 อายุเฉลี่ย 63.97 ปี (SD = 3.15) น้ำหนักเฉลี่ย 65.59 กิโลกรัม (SD = 5.74) ส่วนสูงเฉลี่ย 163.56 เซนติเมตร (SD = 5.80) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 79.40 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 32.40 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 97.10 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 32.40 ส่วนใหญ่ระยะเวลาปวดเข่า 1 - 5 ปี ร้อยละ 94.10 ส่วนใหญ่จำนวนเข่าที่มีอาการสองข้าง ร้อยละ 82.40 ไม่เคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการรักษา ร้อยละ 85.30 และไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 88.20

2. ผลประเมินความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอาการข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง ร้อยละ 58.80 และ 61.80 ตามลำดับ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองเริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 52.90 และกลุ่มเปรียบเทียบมีอาการข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง ร้อยละ 70.60 (ตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนทดลอง (n = 68)

ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม	กลุ่มทดลอง (n = 34)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีอาการข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (0 - 19 คะแนน)	-	-	-	-
มีอาการข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง (20 - 29 คะแนน)	20	58.80	21	61.80
เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม (30 - 39 คะแนน)	14	41.20	13	38.20
ยังไม่พบอาการผิดปกติ (40 - 49 คะแนน)	-	-	-	-

ตารางที่ 2 ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมหลังทดลอง (n = 68)

ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม	กลุ่มทดลอง (n = 34)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีอาการข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (0 - 19 คะแนน)	-	-	-	-
มีอาการข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง (20 - 29 คะแนน)	16	47.10	24	70.60
เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม (30 - 39 คะแนน)	18	52.90	10	29.40
ยังไม่พบอาการผิดปกติ (40 - 49 คะแนน)	-	-	-	-

3. ผลประเมินระดับความปวดด้วยตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการประเมินระดับความปวดด้วยตนเองด้วยมาตรวัดความปวดแบบรูปภาพ ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอาการปวดในระดับมากที่สุด ร้อยละ 47.10 และ 50 ตามลำดับ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีอาการปวดในระดับมาก ร้อยละ 35.30 และกลุ่มเปรียบเทียบมีอาการปวดในระดับมากที่สุด ร้อยละ 55.90

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด พบว่า กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.89, p < .001$) กลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.44, p = 0.66$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 68)

ประเมิน ความปวด	กลุ่มทดลอง (n = 34)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 34)			
	ก่อน		t	p	ก่อน		t	p
	Mean (SD)	Mean (SD)			Mean (SD)	Mean (SD)		
คะแนนความปวด	8.64 (1.45)	7.23 (1.97)	8.89*	<.001	8.47 (1.84)	8.41 (2.07)	0.44	.66



การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.39, p = .01$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ก่อนและหลังการทดลอง) ($n = 68$)

คะแนนความปวด	ก่อนทดลอง ($n = 34$)			หลังทดลอง ($n = 34$)		
	Mean (SD)	t	p	Mean (SD)	t	p
กลุ่มทดลอง ($n = 34$)	8.64 (1.45)	0.43*	.66	7.23 (1.97)	-2.39	.01
กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 34$)	8.47 (1.84)			8.41 (2.07)		

4. ผลประเมินความพึงพอใจหลังใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรมะนาว (หลังการทดลอง)

การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรมะนาวหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ ขั้นตอนในการพอกสมุนไพรมะนาวไม่ยุ่งยาก อุปกรณ์ที่ใช้ในการประคบใช้สะดวกเก็บรักษาง่าย ระยะเวลาในการพอกสมุนไพรมะนาวมีความเหมาะสม และการรักษาโดยการพอกสมุนไพรมะนาวช่วยลดอาการปวดทั้ง 5 ประเด็นที่ประเมินมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรมะนาว ($n = 34$)

ความพึงพอใจของผู้ใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรมะนาว	Mean	SD	ความพึงพอใจ
ระยะเวลาในการพอกสมุนไพรมะนาวมีความเหมาะสม	4.21	0.73	มากที่สุด
ขั้นตอนในการพอกสมุนไพรมะนาวไม่ยุ่งยาก	4.35	0.69	มากที่สุด
การรักษาโดยการพอกสมุนไพรมะนาวช่วยลดอาการปวด	4.15	0.61	มาก
อุปกรณ์ที่ใช้ในการประคบใช้สะดวกเก็บรักษาง่าย	4.26	0.57	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อการให้บริการ	4.41	0.56	มากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายผลการศึกษาตามลำดับ เริ่มจากข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สมมติฐานการวิจัยและความพึงพอใจหลังใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรมะนาว (หลังการทดลอง) ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ก่อนการทดลอง) จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ยไม่ต่างกันมากนัก ถือว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการซ่อมแซมผิวข้อกระดูกอ่อนของร่างกายลดลง อาจเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมและข้อเข่าอักเสบได้ง่าย¹⁹ ซึ่งมีปัจจัยด้านอื่นนอกจากปัจจัยด้านอายุที่อาจเป็นสาเหตุ

ที่ทำให้เกิดอาการข้อเข่าเสื่อม คือ เพศหญิง อายุ 50 ปีขึ้นไป หรือวัยหมดประจำเดือนมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าเพศชายในวัยเดียวกัน เนื่องจากมีภาวะพร่องฮอร์โมนเอสโตรเจน³⁷ ประกอบกับในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มประเมินอาการปวดด้วยตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอาการปวดทั้งสองข้างเป็นเวลา 1 - 5 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษามาก่อนและไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

ถึงแม้ว่ากรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจะมีการให้ความรู้กับประชาชนในเรื่องของแนวทางการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม รวมถึงแนวทางที่หลากหลายในการป้องกัน และการรักษาที่หลากหลายวิธี²³

แต่ยังพบว่าประชาชนเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวน้อย เมื่อผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในเรื่องยาพอกเข้าสมุนไพรรักษาอาการปวดเข้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ส่งผลให้ในการวิจัยครั้งนี้เมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย กลุ่มทดลองประเมินความพึงพอใจหลังใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรรพบว่า มีความพึงพอใจต่อการให้บริการ ขั้นตอนในการพอกสมุนไพรมุ่งง่าย อุปกรณ์ที่ใช้ในการประคบใช้สะดวกแก่รักษาง่าย ระยะเวลาในการพอกสมุนไพรมีความเหมาะสม และการรักษาโดยการพอกสมุนไพรรช่วยลดอาการปวด ทั้ง 5 ประเด็นที่ประเมินมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด แสดงให้เห็นถึงทางเลือกหนึ่งของการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมของประชาชน จากการตอบแบบประเมินความพึงพอใจหลังการใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรร ผู้ใช้มีข้อเสนอแนะว่า “ควรมีการนำไปใช้ในบริเวณอื่น เช่น ข้อมือ ข้อเท้า หรือบริเวณอื่นที่มีอาการปวดเพื่อที่จะบรรเทาอาการปวดตามร่างกายต่อไป” จากผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ใช้มีความต้องการใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรร ผลการประเมินความพึงพอใจจากการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ ที่ศึกษาการเปรียบเทียบความปวดก่อนและหลังการใช้สมุนไพรรพอกเข้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมและความพึงพอใจของการใช้สมุนไพรรพอกเข้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่ใช้สมุนไพรรพอกเข้าลดอาการปวดมีความพึงพอใจภาพรวมในระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่าการใช้สมุนไพรรพอกเข้าสามารถใช้ได้สะดวก ไม่ยุ่งยาก ผู้สูงอายุสามารถทำได้เองโดยไม่มีอันตรายต่อผู้สูงอายุและสามารถลดอาการปวดข้อเข่าได้ หลังจากพอกสมุนไพรรพอกเข้าไปแล้วทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบาย ทำให้หลังจากผู้สูงอายุใช้ผงพอกเข้าสมุนไพรร ผู้สูงอายุจึงมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด²⁴

สมมติฐานข้อที่ 1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวดจากอาการปวดเข้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงกว่าก่อนใช้ยา

พอกเข้าสมุนไพรร และ**สมมติฐานข้อที่ 2** หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวดจากอาการปวดเข้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

งานวิจัยนี้ศึกษาถึงผลการใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรรในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม สามารถนำมาเป็นแนวทางในการรักษาและบรรเทาอาการปวดข้อเข่าให้กับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ โดยผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวดจากอาการปวดเข้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ลดลงกว่าก่อนใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรร และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวดจากอาการปวดเข้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษานี้พบว่า อาการปวดเข้าที่ลดลงเป็นผลจากการพอกด้วยยาพอกเข้าสมุนไพรรที่มีใบย่านาง เบญจรงค์ ว่านกาบหอย เพชรสังฆาต และผิวมะกรูดเป็นส่วนประกอบหลัก มีสรรพคุณลดอักเสบและลดความปวด³⁸

อย่างไรก็ตามเมื่อสืบค้นงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า งานวิจัยแต่ละเรื่องมีสูตรสมุนไพรรพอกเข้าที่ต่างกัน²⁴⁻³⁰ งานวิจัยข้างต้น ใช้ส่วนประกอบของสมุนไพรรในการพอกเข้าเพื่อบรรเทาอาการปวดของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม มีสมุนไพรรหลัก คือ โพล ขมิ้นชัน ขิง ผักเสี้ยนผี เถาวัลย์เปรียงทองดึง นอกจากนี้ยังมีสมุนไพรรชนิดอื่นเป็นส่วนประกอบ เช่น ใบมะขาม ขัดมอน ดีปลี ข่า หัวว่านน้ำ ใบพลับพลึง ใบส้มป่อย เสดดพังพอนตัวเมีย ใบบัวบก ใบย่านาง หน้าหนวดแมว ฟ้าทะลายโจร มะเดื่อชุมพร ผิวมะกรูด การบูร เหล้าขาว ดินสอพอง แอลกอฮอล์ ถึงแม้ว่ากรวิจัยครั้งนี้มีสูตรของสมุนไพรรพอกเข้าที่แตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา แต่เมื่อนำไปใช้ในการพอกเข้าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมแล้ว สามารถให้ผลช่วยลดระดับอาการปวดและลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมได้เป็นอย่างดี ค่าเฉลี่ยระดับความปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงหลังการพอกยาสมุนไพรร แสดงให้เห็นว่า ในประเทศไทยพบ



สูตรสมุนไพรที่ใช้ในการพอกเข้าเพื่อลดอาการปวดของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลายสูตร ซึ่งให้ผลการรักษาไม่แตกต่างกันมาก ทุกสูตรสามารถลดอาการปวดเข้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ขึ้นอยู่กับการใช้ปริมาณสมุนไพรหลัก จึงควรพัฒนาความรู้และสนับสนุนการพอกเข้าด้วยสมุนไพรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อลดการรับประทานยาและผลข้างเคียงจากยา

จากการศึกษานี้ พบว่า การพอกเข้าด้วยยาพอกเข้าสมุนไพรที่ผู้วิจัยพัฒนา สามารถบรรเทาอาการปวดของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับปานกลางและเริ่มมีอาการ จากการประเมินด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถอธิบายได้ว่า ยาพอกสมุนไพรที่มีส่วนผสมของ ใบย่านาง เบนจรงค์ ว่านกาบหอย เพชรสังฆาต ผิวมะกรูด และผงถ่าน ช่วยบรรเทาอาการปวดเข้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ เมื่อพิจารณาสรรพคุณของสมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบหลัก พบว่า ใบย่านาง ช่วยรักษาโรคปวดข้อ เบนจรงค์ แก้ปวดตามข้อ ปวดบวม ว่านกาบหอย ในประเทศอินเดียจะใช้ใบว่านกาบหอยผสมกับน้ำมันงาใช้เป็นยาพอกแก้ต่อน้ำเหลืองบวม รักษาโรคผิวหนัง ตำรายาแก้โรคผิวหนัง ผื่นคัน อันเกิดจากการทำนาให้ใช้น้ำคั้นจากใบว่านกาบหอยมาทาบริเวณมือและเท้า จากนั้นปล่อยให้แห้งแล้วค่อยลงไปทำนาช่วยป้องกันมือและเท้าเน่าเปื่อยได้ แต่ถ้าหากมือและเท้าเน่าเปื่อยแล้วก็สามารถทาเพื่อรักษาได้เช่นกัน ช่วยแก้อาการฟกช้ำ แก้ฟกช้ำภายใน เนื่องจากการพลัดตกจากที่สูง หรือเกิดจากการหกล้มฟาดถูกของแข็ง เพชรสังฆาต หมอยาพื้นบ้านทั้งอินเดียและไทยมีการใช้เพื่อการดูแลสุขภาพผู้ที่กระดูกแตกหัก และแก้ปวดข้อ มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ ลดปวด ด้านการเกิดสภาวะกระดูกพรุน ช่วยชะลอการสลายกระดูก ช่วยกระตุ้นการสร้างเซลล์กระดูกอ่อน ผิวมะกรูด มีน้ำมันหอมระเหยช่วยผ่อนคลาย และผงถ่าน มีสรรพคุณรักษาแผล ฆ่าเชื้อ กำจัดแบคทีเรียรอบบาดแผลทำให้

แผลหายเร็วขึ้น ช่วยลดการบวม ลดการฟกช้ำและยังช่วยดูดซับพิษได้ด้วย³⁸ อีกทั้งการศึกษานานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบความสอดคล้องกับงานวิจัยของ แก่นเกื่อนาวาบุญนิยม ที่ศึกษาผลของการพอกสมุนไพรฤทธิ์เย็นต่ออาการปวดเข้าของกลุ่มผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า หลังการพอกสมุนไพรฤทธิ์เย็นเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ระดับอาการเจ็บปวดข้อเข่า อาการข้อเข่าติดแข็ง และความสามารถในการทำหน้าที่และการเคลื่อนไหวข้อเข่ามีความแตกต่างจากก่อนการพอกเข้า³⁹ ส่วนงานวิจัยของ เกียรติสุตา เชื้อสุพรรณ และคณะ ศึกษาผลของประสิทธิผลของการพอกยาสมุนไพรต่ออาการปวดเข้าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษา พบว่า การใช้ยาพอกสมุนไพรลดอาการปวดเข้าในผู้สูงอายุระดับความปวดหลังการพอกสมุนไพรลดลงและสามารถใช้เป็นทางเลือกในการรักษาทดแทนการใช้ยาแบบรับประทานได้²⁸ งานวิจัยของ กรกฎ ไชยมงคล ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้ยาสมุนไพรตำรับพอกเข้าในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จากการศึกษายาสมุนไพรตำรับพอกเข้าในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม สรุปผลการวิจัย พบว่า สรรพคุณของยาสมุนไพรตำรับทั้ง 9 ชนิด สามารถลดการอักเสบของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าได้ เมื่อวิเคราะห์สรรพคุณของสมุนไพรแต่ละชนิด พบว่า มีสรรพคุณลดการอักเสบและลดปวดได้ สามารถแบ่งกลุ่มเป็น 2 ส่วนประกอบหลัก คือ ยาหลักมีฤทธิ์ร้อนช่วยในการกระจายเลือดลม กระจายลมในข้อให้เลือดไหลเวียนได้สะดวก แก้อาการปวดบริเวณข้อ ลดอาการฟกช้ำได้แก่ ไพล ชิง และผักเสี้ยนผี ยารอง มีฤทธิ์เย็นช่วยในการลดความร้อนบริเวณที่มีความร้อน ลดอาการอักเสบของข้อ ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร มะเดื่อชุมพร เท้ายายม่อม คนทา ชิงชี ย่านาง³⁰

อีกทั้งงานวิจัยของ ทศพร พันธังอก และคณะ ศึกษาผลต่ออาการปวดเข้าและการทรงตัวระหว่างการพอกเข้าด้วยสมุนไพรและการพอกเย็นในผู้ป่วยที่มีข้อเข่าเสื่อมในชุมชนวัดหูช้าง พบว่า การพอกเข้าทั้ง 2 วิธี ช่วยลดอาการปวดเข้า อาการฝืดของข้อเข่า

ช่วยเพิ่มความสามารถใช้งานข้อเข่าและช่วยลดระยะเวลาในการลุกเดินได้ทั้งคู่ โดยประสิทธิผลของทั้ง 2 วิธี ไม่แตกต่างกัน การพอกเข่าด้วยสมุนไพรและการพอกเย็นมีประสิทธิผลไม่แตกต่างกัน จึงควรแนะนำในเบื้องต้นให้ใช้วิธีการพอกเย็นก่อน เนื่องจากเป็นการพอกที่หาวัสดุได้ง่ายร่วมกับออกกำลังบริหารข้อเข่าเพื่อลดอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม⁴⁰ งานวิจัยของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ ที่ศึกษาผลของการใช้สมุนไพรพอกเข่าลดอาการปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการพอกสมุนไพรที่เข่ามีระดับการปวดเข่าลดลงและมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด²⁴ งานวิจัย ของ สุพัตรพร คัมทรัพย์ และคณะ ศึกษาผลของยาพอกสมุนไพรต่อการรักษาอาการปวดโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังห้ว อำเภอสรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า หลังการพอกยาสมุนไพรสามารถลดอาการปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุได้ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การพอกยาสมุนไพรสามารถลดอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ จึงอาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการบรรเทาอาการปวดจากโรคข้อเข่าเสื่อม²⁷

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่ายาพอกเข่าสมุนไพรช่วยบรรเทาอาการปวดในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ และในการนำไปใช้ประโยชน์ ผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการจัดทำชุดความรู้เรื่อง

สมุนไพรบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม วิธีการพอกเข่า ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมใช้สมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดและสร้างรูปแบบของยาพอกเข่าสมุนไพรให้ทันสมัยใช้งานง่ายขึ้นในรูปแบบที่ต่างออกไป เช่น รูปแบบเจลรูปแบบสเปรย์ และแบบแผ่นแปะ เป็นต้น

2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการพอกเข่า ซึ่งงานวิจัยนี้ใช้เวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 นาที รวม 12 ครั้ง ซึ่งระยะเวลาในการพอกที่เพิ่มขึ้นจะช่วยลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการนำตำรับยาพอกเข่าสมุนไพรไปพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถใช้ได้สะดวกขึ้นและยังคงมีประสิทธิผลในการรักษาไว้เหมือนเดิม ควรศึกษาปริมาณสารสกัดยาพอกดูดพิษที่มีสัดส่วนแตกต่างไปจากการศึกษาครั้งนี้ว่าจะสามารถบรรเทาอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพกว่าด้วยหรือไม่

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของยาพอกเข่าสมุนไพรและการรับประทานยาแก้ปวดรวมถึงการรักษาด้วยวิธีการอื่น เช่น การฝังเข็ม การนวด เป็นต้น รวมทั้งสนับสนุนให้มีการศึกษาการพอกด้วยสมุนไพรต่ออาการปวดในบริเวณอื่นของร่างกาย เช่น บริเวณคอ บ่า ไหล่ และหลังส่วนล่าง อีกทั้งเพื่อบำบัดอาการปวดด้วยโรคอื่น เช่น โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคไมเกรน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Economic and Social Affairs, United Nations. World Population Prospects 2022: Summary of Results. United Nations; 2022. (in Thai).
2. Department of Older Person (DOP). Statistics of the elderly September 2024. [Internet]. [cited 2024 Nov 23]. Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics-_page?cat=1&id=2559. (in Thai).

3. Office of National Higher Education Science Research and Innovation Policy Council. How should Thai elderly adapt in order to be ready for a top-level aging society (Active Aging). [Internet]. [cited 2024 Nov 19]. Available from: <https://www.nxpo.or.th/th/8078/>. (in Thai).
4. Ambulatory Medicine Association. Ambulatory Medicine: Novel Strategies in Ambulatory Medicine. Bangkok: Thepphenwanit Partnership; 2022. p. 165-6.
5. Cui A, Li H, Wang D, Zhong J, Chen Y, Lu H. Global, regional prevalence, incidence, and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. *E Clin Med* 2020;29-30:1-13.
6. Kulprateepanya K, Asawamethakul V, Tasena P, Saelu C, Rollunpun P, Namwong A. Situation of health status of the elderly in Thai society. *UMT Poly Journal*. 2020;17(2):581-95. (in Thai).
7. Kawinwongkowitz W. Osteoarthritis of the knee. Bangkok: Hip Joint Unit and Knee Joints Department, Orthopedic, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital; 2017. [Internet]. [cited 2017 Jul 12]. Available from: <https://med.mahidol.ac.th/ortho/sites/default/files/public/file/pdf/knee>. (in Thai).
8. Muangmool J. The knee osteoarthritis pain level of elderly. *Journal of Disease Prevention and Control: DPC.2 Phitsanulok* 2018;5(2):60-7. (in Thai).
9. Robrujen S. The development of knee osteoarthritis prevention program in elderly by community participation in Khu Mueang subdistrict, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani. *Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University* 2020;3(1):25-36. (in Thai).
10. Kankayant C, Charoennukul A, Wayo W. Delaying knee osteoarthritis prior to advancing age. *Rama Nurs J* 2020;26(1):5-17. (in Thai).
11. Pan Q, O'Connor MI, Coutts RD, Hyzy SL, Olivares Navarrete R, Schwartz Z, et al. Characterization of osteoarthritic human knees indicates potential sex differences. *Biol Sex Differ* 2016;7:27.doi:10.1186/s13293-016-0080-z
12. Biillee J. The effects of a self-knee pain relief program in elderly with osteoarthritis. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences* 2018;1(2):42-51. (in Thai).
13. National Health Security Office, NHSO Board. Practice guidelines for osteoarthritis of the knee: decentralizing districts to help patients access treatment. [Internet]. [cited 2018 Nov 30]. Available from: <https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MjA0OQ>. (in Thai).
14. Andriacchi TP, Mündermann A. The role of ambulatory mechanics in the initiation and progression of knee osteoarthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2006;18(5):514-8.
15. Kosuwon W, Chotaphuti Th, Asavanabodee P, Nanagara R, Ketsapayoon S, Kupnirattisaikul V. CPG osteoarthritis or osteoarthrosis 2554 (Clinical practice guideline). [Internet]. [cited 2023 Jan 3]. Available from: <https://www.slideshare.net/slideshow/cpg-osteoarthritis-or-osteoarthrosis-2554/33893854>. (in Thai).
16. Niruttisarn S. Pain management in the elderly. In: Praditpornsin K, editor. *Geriatric medicine textbook*. Bangkok: Rungsin Printing; 2018. (in Thai).
17. Luo X, Liu J, Li Q, Zhao J, Hao Q, Zhao L, et al. Acupuncture for treatment of knee osteoarthritis: A clinical practice guideline. *J Evid Based Med* 2023;16:237-45.

18. Brophy RH, Fillingham YA. AAOS Clinical Practice Guideline Summary: Management of osteoarthritis of the knee (nonarthroplasty), Third Edition. *J Am Acad Orthop Surg* 2022;30(9):e721-9.
19. Royal College of Physicians of London. Osteoarthritis: national clinical guideline for care and management in adults. London: The Lavenham Press; 2008.
20. Nimit-anan N. Chapter 3: Knowledge used in community health nursing. In: Khompayak C, Durongritchai W, editors. *Community health nursing: concept, principle, and nursing practice*. 2nd ed. Subcommittee of Nursing Science (SSOTT); 2012. p. 131-78. (in Thai).
21. Patragard P, Limpananon J, Vittayanartpisan S, Auttasit R, Saowanee K, Kulsomboon S, et al. Integrating Thai traditional medicine: situation of Thai traditional medicine service. Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine. Bangkok: Faculty of Pharmacy, Chulalongkorn University; 2008. (in Thai).
22. The Institute of Thai Traditional Medicine, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. Handbook for administrators of Thai traditional and integrated medicine. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017. (in Thai).
23. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. Practical guide: traditional Thai medicine and alternative medicine in clinic. Bangkok: Charoenpanit; 2016. (in Thai).
24. Chantra R, Sudjan C, Tangrungharoen C, Thongpa Y, Nutchaya T, Panwai T, et al. C. The effects of Thai herbal paste for knee pain in elderly osteoarthritis at Sriwichai Sub-District Health Promoting Hospital, Phunphin district, Suratthani province, Thailand. *Rajamangala University of Technology Srivijaya Research Journal* 2021;13(1):165-73. (in Thai).
25. Kensila U, Janthasri A. The effects of Thai herbal paste on knee pain in elderly with osteoarthritis. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2021;29(4):13-21. (in Thai).
26. Sriraksa S, Wijit S, Samalae S, Khuniad C, Simla W, Boonrood T. The effectiveness of Luangphusukwatpakhlomgkhamthao poultice for pain relief and range of motion in patients with knee osteoarthritis. *Journal of Traditional Thai Medical Research* 2022;8(1):47-62. (in Thai).
27. Khumsab S, Vajaradul Y, Fakkhum S. The study effect of herbal poultice on pain treatment in osteoarthritis of elderly at Wangwa Health Promoting Hospital, Sri Prachan district, Suphanburi province. *UMT Poly Journal* 2020;17(2):275-84. (in Thai).
28. Chuesuphan K, Chokeyivat V, Fakkham S, Kamoltham T. Effectiveness of herbal poultice for knee pain relief in patients with osteoarthritis of knee in Banpoom Tambon Health Promoting Hospital, Don Tum district, Nakhon Pathom province. *Journal of Community Public Health* 2020;6(2):155-67. (in Thai).
29. Udompittayasan J, Sayorwan W, Khotwong V, Kaewwiset N, Siramaneerat I. Comparative study of the effectiveness of Knee Formula 1 and Knee Formula 2 for knee pain and range of motion of the knee joint in patients with osteoarthritis at Bang Yai Hospital, Bang Yai, Nonthaburi. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2019;11(1):64-72. (in Thai).

30. Chaimongkhon K. Effectiveness of Thai herbal wrap for osteoarthritis of knee at Prapokklao Hospital, Chanthaburi province. Chophayom Journal 2019;30(1):119-28. (in Thai).
31. Chuntum K, Kamlanglua K. Treatment with herbs and the ancient recipe of traditional medicine. J Med Health Sci 2017;24(2):48-57. (in Thai).
32. Nong Sang Subdistrict Health Promoting Hospital. Basic information of Nong Sang Subdistrict Health Promoting Hospital, year 2024. Chaiyaphum: Nong Sang Subdistrict Health Promoting Hospital; 2024. (in Thai).
33. Cohen J. The effect size. In: Statistical power analysis for the behavioral sciences. Abingdon: Routledge; 1988. p. 77-83.
34. Wong DL, Baker CM. Pain in children: comparison of assessment scales. Pediatr Nurs 1988;14(1):9-17.
35. Pisanbut S. The criteria information for interval determining, create and evaluate from questionnaire; 2009. (in Thai).
36. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
37. Achanupap S. Textbook of general disease diagnosis 2: 350 diseases and treatment and prevention. Bangkok: Holistic Publishing; 2008. (in Thai).
38. Ubon Ratchathani University. 25 years of Ubon Ratchathani University, herbs in the Isan forest. [Internet]. [cited 2024 Nov 23] Available from: https://www.ubu.ac.th/web/files_up/00008f2020112614470929.pdf. (in Thai).
39. Navabooniyom K. Effect of cold herbal poulticing on knee pain among elderly person at Dontan district, Mukdahan province. [Master 's Thesis, Department of Public Health]. Surin Rajabhat University; 2017. (in Thai).
40. Punngok T, Bosittipichet T, Rasmeehirun P, Leesri T. Effect on knee pain and balance between herbal poultice and cold poultice in patients with knee osteoarthritis in Wat Hu Chang Community. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2022;16(1):223-35. (in Thai).

ผลของสื่อการ์ตูนแอนิเมชันในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ต่อความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

Effect of Cartoon Animation Media on Knowledge of E-Cigarette Smoking Prevention among Upper Primary Students

สุกัญญา สุรังษี* เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม**

Sukanya Surangsee,* Penphan Pitaksongkram**

*,** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จ.ชลบุรี

*,** Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Chonburi Province

** Corresponding Author: penphan@bnc.ac.th

บทคัดย่อ

แนวโน้มการเริ่มต้นใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ซึ่งกิจกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสำหรับวัยรุ่นในปัจจุบันมุ่งไปที่การให้ความรู้ในการป้องกันการเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า แต่กิจกรรมส่วนใหญ่ยังพบข้อจำกัดและขาดความเหมาะสมกับบริบทของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันต่อความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย 110 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 55 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการเรียนการสอนตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการเรียนการสอนตามปกติร่วมกับรับชมสื่อการ์ตูนแอนิเมชันในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่ออกแบบโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้ทางสังคม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า สื่อการ์ตูนแอนิเมชันสามารถช่วยเพิ่มความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายได้ ข้อเสนอแนะเพื่อส่งเสริมความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง คือ ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ไฟฟ้า ประเมินและติดตามผลการเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและความตั้งใจในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะยาว

คำสำคัญ: สื่อการ์ตูนแอนิเมชัน การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

Received: May 20, 2025; Revised: July 10, 2025; Accepted: July 29, 2025



Abstract

The tendency of e-cigarette initiation is increasing among upper primary school students. Current e-cigarette smoking prevention activities for adolescents focus on providing knowledge on prevention, but most of these activities still have limitations and lack of appropriateness for the upper primary school student context. This quasi-experimental research aimed to study the effect of cartoon animation media on knowledge of e-cigarette smoking prevention among upper primary school students. The study involved 110 upper primary school students, divided equally into an experimental group and a control group with 55 students each. The control group received the routine instruction, while the experimental group received routine instruction combined with the cartoon animation media on e-cigarette smoking prevention designed using the concepts of health belief models and social learning. The instrument used in data collection was an e-cigarette smoking prevention knowledge questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square statistics, and t-test statistics.

The research found that the experimental group had a significantly higher level of knowledge on e-cigarette smoking prevention than the control group ($p < .001$). This study demonstrates that cartoon animation media can help increase knowledge on e-cigarette smoking prevention among upper primary school students. Suggestions for promoting continued e-cigarette smoking prevention include reviewing knowledge about the harmful effects and assessing and tracking changes in knowledge on e-cigarette prevention and intention to smoke over the long term.

Keywords: cartoon animation media, e-cigarette smoking prevention, upper primary school students

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

สถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของสังคมไทย มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งอยู่ในช่วงวัยที่มีความอยากรู้อยากลองต่อสิ่งใหม่ๆ จากการสำรวจการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ Global Youth Tobacco Survey: GYTS ปี พ.ศ. 2565 ของประเทศไทยในกลุ่มนักเรียนที่มีอายุระหว่าง 13 - 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.6 (นักเรียนชาย ร้อยละ 20.2 และนักเรียนหญิงร้อยละ 15) ซึ่งเด็กและเยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 เท่า เมื่อเทียบกับข้อมูลปี พ.ศ. 2558 และอายุที่เริ่มใช้บุหรี่ไฟฟ้าครั้งแรก คือ 13 ปี^{1,2} จะเห็นได้ว่าสถานการณ์การใช้บุหรี่ไฟฟ้าใน

กลุ่มเด็กและเยาวชน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด และการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดนิโคติน และนำไปสู่การใช้สารเสพติดอื่นที่รุนแรงกว่า ซึ่งเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องรีบแก้ไข ดังนั้นการดำเนินการเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าควรกำหนดกลุ่มเป้าหมายไปทางกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุก่อน 12 ปี

นักเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย จัดอยู่ในกลุ่มเยาวชนหรือวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเริ่มใช้บุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากเป็นช่วงวัยแห่งการอยากรู้อยากลอง และเลียนแบบบุคคลในครอบครัว³ ขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้า^{4,5} มีความเชื่อผิดๆ เช่น เชื่อว่าน้ำยาในบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีส่วนผสมของนิโคติน ไม่ใช่สิ่งผิดกฎหมาย คันบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีอันตราย สูบแล้วมีเสน่ห์ เท่ ดูแพง น่าแพชั่น และ

ช่วยให้คลายเครียดได้ เป็นต้น⁶⁻⁹ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นยังขาดความรู้และความตระหนักถึงผลกระทบจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ขาดการรับรู้ความเสี่ยงถึงพิษภัยอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ดังนั้นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้กับเยาวชนในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในอนาคต จึงควรให้ความรู้และทักษะต่างๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อตัวผู้สูบเอง และต่อผู้อื่น การปรับทัศนคติให้เห็นถึงพิษภัยบุหรี่ไฟฟ้า เพิ่มความเชื่อในความสามารถของตน ทักษะการแก้ปัญหา การจัดการกับความเครียด และการเห็นคุณค่าในตนเอง ดำเนินการอย่างต่อเนื่องด้วยกลวิธีที่หลากหลาย และใช้อุปกรณ์ที่สามารถสื่อได้ทั้งข้อความและกระทบต่อความรู้สึกสอดคล้องกับธรรมชาติของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)¹⁰ ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรค ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ทำให้มีความแตกต่างในพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ และมีผลกระทบถึงแรงจูงใจของบุคคลที่จะก่อให้เกิด การกระทำและการตัดสินใจที่จะกระทำเพื่อบรรลุถึงเป้าหมายของบุคคลในการป้องกันโรคได้ และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive learning theory)¹¹ ที่เชื่อว่าการเรียนรู้ของมนุษย์ส่วนมากเกิดจากการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบ ซึ่งการสังเกตและการเลียนแบบจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ลองผิดลองถูกนำไปสู่กระบวนการเรียนรู้ในอนาคต

การสอนหรือให้ความรู้ในเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายที่มีความสนใจกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งในระยะเวลาสั้นๆ เพื่อหน่วง่ายจำเป็นต้องเลือกวิธีการและสื่อที่ใช้ในการสอนที่สามารถกระตุ้นความสนใจการเรียนรู้ เพื่อให้เด็กมีการปฏิบัติการดูแลและป้องกันตนเองที่เหมาะสมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกัน

การเริ่มต้นสูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ยี่ห้อทั่วไปผ่านการให้ความรู้หรือการสอนสุขศึกษา ซึ่งพบข้อจำกัด คือ ยังขาดความน่าสนใจทำให้ได้รับความรู้ไม่เต็มที่ และไม่เหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่น อีกทั้งระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมน้อยเกินไปที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ได้^{12,13} นอกจากนี้มีการให้ความรู้ในการป้องกันการเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าผ่านสื่อสังคมออนไลน์รูปแบบต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้ผ่านการตูนสโตร์มังงะ (Manga comic)¹⁴ การให้ความรู้ผ่านช่องทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic media-based interventions)¹⁵ การให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line Official Account)^{6,16} การให้ความรู้ผ่านช่องทาง YouTube^{17,18} และการใช้แอปพลิเคชัน “Facial-Ageing App” ที่แสดงผลกระทบของการสูบบุหรี่เพื่อให้เกิดความตระหนักและป้องกันการสูบบุหรี่¹⁹ เป็นต้น ซึ่งการให้ความรู้ผ่านช่องทางดังกล่าว พบว่า ประสบผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจในด้านการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้า และมีทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงไปต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า^{6,19} อย่างไรก็ตาม พบข้อจำกัดของแต่ละกิจกรรม ได้แก่ ข้อจำกัดการส่งข้อความผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในการส่งข้อความถึงกลุ่มเป้าหมายในแต่ละวัน เวลาที่เครือข่ายอินเทอร์เน็ตไม่สามารถใช้งานได้ ทำให้ไม่สามารถเข้าไปปรับหรือใช้งานในแอปพลิเคชันนั้นได้⁶ ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาแอปพลิเคชันค่อนข้างสูง และยังขาดความเสถียรในการใช้งาน¹⁹ สื่อลักษณะมิติเดียวที่ไม่มีเสียงไม่มีการเคลื่อนไหวของภาพ และการสอนลักษณะนี้จะขึ้นอยู่กับผู้สอน หากพูดไม่ชัดเจนหรือไม่มีการเน้นคำหรือเว้นจังหวะที่ถูกต้อง จะกระตุ้นความสนใจของเด็กน้อยลง เพื่อหน่วง่ายไม่สนใจฟัง ทำให้เด็กมีการเรียนรู้ที่ไม่ต่อเนื่องได้ อีกทั้งการตูนสโตร์มังงะสามารถเข้าถึงได้ยาก เนื่องจากเป็นรูปแบบหนังสือหรือสิ่งพิมพ์¹⁴ นอกจากนี้การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้

บุคคลเกิดความร่วมมือได้ จำเป็นต้องใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเปลี่ยนประสบการณ์จากนามธรรมมาเป็นรูปธรรมได้²⁰ จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่เกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลหรือการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสะท้อนให้เห็นว่าในปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์มีบทบาทและได้รับความนิยมจากคนในสังคม โดยเฉพาะวัยรุ่น เนื่องจากกลายเป็นทางเลือกที่มีต้นทุนต่ำและครอบคลุม ในวงกว้าง สามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลาจากหลากหลายสถานที่ และสนับสนุนให้ความรู้แก่เยาวชนในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในอนาคต

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะส่งเสริมความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันที่มีทั้งเสียงและภาพที่เป็นการ์ตูนเคลื่อนไหว สามารถบรรยายเนื้อหาเรื่องราวด้วยตัวเองจากการแสดงออกของหน้าตา ท่าทาง เสียง และอารมณ์ของตัวการ์ตูน จะเป็นการเล่าเรื่องด้วยภาพมากกว่าคำพูดของตัวละครเป็นหลัก ประกอบกับฉากที่มีสีสันสดใสทำให้ดึงดูดความสนใจของเด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย สื่อความหมายได้ดีและจดจำเรื่องราวได้ง่ายโดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹⁰ และการเรียนรู้ทางสังคม¹¹ เนื้อหาของสื่อประกอบด้วย 6 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 โรคที่เกิดจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ตอนที่ 2 ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ตอนที่ 3 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ตอนที่ 4 อุปสรรคที่เกิดจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ตอนที่ 5 สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และตอนที่ 6 ความสามารถในการปฏิเสธในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า นำเสนอตอนละประมาณ 5 นาที เล่าเรื่องราวที่ใกล้เคียงสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของนักเรียน โดยเชื่อว่าสื่อการ์ตูนแอนิเมชันให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่พัฒนาขึ้นนี้จะ

ช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันต่อความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โดยพิจารณาจาก

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าภายในกลุ่มที่ได้รับชมสื่อการ์ตูนแอนิเมชันและกลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับชมสื่อการ์ตูนแอนิเมชันและกลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายกลุ่มที่ได้รับชมสื่อการ์ตูนแอนิเมชันให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive learning theory) ในการพัฒนาสื่อการ์ตูนแอนิเมชันให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

แนวความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹⁰ อธิบายว่า การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรคซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ทำให้มีความแตกต่างในพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ และมีผลกระทบถึงแรงจูงใจของบุคคลที่จะก่อให้เกิดการกระทำและการตัดสินใจที่จะกระทำเพื่อบรรลุถึงเป้าหมาย

ของบุคคลในการป้องกันโรคได้ ซึ่งแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมี 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้ความเสี่ยง (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived benefits) 4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) 5) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) และ 6) ความสามารถตนเอง (Self-efficacy)

การใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันให้ความรู้ในการป้องกันการสับบุหรี่ไฟฟ้าเป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรคส่งผลให้มีความแตกต่างในพฤติกรรมการป้องกันการสับบุหรี่ไฟฟ้าให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย เพื่อให้มีความรู้ในการป้องกันการสับบุหรี่ไฟฟ้าผ่านสื่อแอนิเมชันที่มีทั้งเสียงและภาพที่เป็นการ์ตูนเคลื่อนไหว สามารถบรรยายเนื้อหาเรื่องราวด้วยตัวเองจากการแสดงออกของหน้าตา ท่าทาง เสียง และอารมณ์ของตัวการ์ตูนจะเป็นการเล่าเรื่องด้วยภาพมากกว่าคำพูดของตัวละครเป็นหลักประกอบกับฉากที่มีสีสันสดใสทำให้ดึงดูดความสนใจของเด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย สื่อความหมายได้ดีและจดจำเรื่องราวได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม¹¹ ที่เชื่อว่า การเรียนรู้ของมนุษย์ส่วนมากเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกต หรือการเลียนแบบ จึงเรียกการเรียนรู้จากการสังเกตว่า “การเรียนรู้โดยการสังเกต” หรือ

“การเลียนแบบ” ซึ่งประกอบไปด้วย 1) กระบวนการความเอาใจใส่ (Attention) ถ้าผู้เรียนไม่มีความใส่ใจการเรียนรู้จะไม่เกิดขึ้น 2) กระบวนการจดจำ (Retention) ผู้เรียนสามารถจดจำสิ่งที่ตนเองสังเกตและไปเลียนแบบได้ ถึงแม้เวลาจะผ่านไปก็ตาม 3) กระบวนการแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวอย่าง (Reproduction) เป็นกระบวนการที่ผู้เรียนสามารถแสดงออกมาเป็นการกระทำหรือแสดงพฤติกรรมเหมือนกับตัวแบบ และ 4) กระบวนการการจูงใจ (Motivation) แรงจูงใจของผู้เรียนที่จะแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบที่ตนเองสังเกต เนื่องมาจากความคาดหวังว่าการเลียนแบบจะนำประโยชน์บางสิ่งบางอย่างมาให้ เนื้อหาของสื่อการ์ตูนแอนิเมชันให้ความรู้ในการป้องกันการสับบุหรี่ไฟฟ้า ประกอบด้วย 6 ตอน โดยจะเปิดสื่อการ์ตูนแอนิเมชันในการป้องกันการสับบุหรี่ไฟฟ้าให้รับชมในช่วงเวลาหลังพักรับประทานอาหารกลางวัน ทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ ของสัปดาห์ กิจกรรม วันละประมาณ 5 นาที ดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยเชื่อว่า นักเรียนที่ได้รับชมสื่อการ์ตูนแอนิเมชันให้ความรู้ในการป้องกันการสับบุหรี่ไฟฟ้าจะมีผลคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการสับบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างก่อนและหลังการทดลอง มากกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับชมสื่อการ์ตูนแอนิเมชันให้ความรู้ในการป้องกันการสับบุหรี่ไฟฟ้าดังกล่าว ดังแผนภาพที่ 1

สื่อการ์ตูนแอนิเมชันต่อความรู้ในการป้องกันการสับบุหรี่ไฟฟ้า^{10,11} ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. การรับรู้ความเสี่ยง (Perceived susceptibility) ตอน: ควันทาลาย
2. การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) ตอน: อันตรายซ่อนเร้นที่มองไม่เห็น
3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived benefits) ตอน: ชีวิตที่ดี
4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ตอน: เสียไปเท่าไรแล้ว
5. สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) ตอน: พอดไม่ใช้คำตอบ
6. ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ตอน: Just Say No

การ์ตูนแอนิเมชันให้ความรู้ในการป้องกันการสับบุหรี่ไฟฟ้า ประกอบด้วย 6 ตอน
ตอนละ 5 นาที ดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

ความรู้ในการ
ป้องกันการ
สับบุหรี่ไฟฟ้า

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2567 อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2567 อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า คือ กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ปีการศึกษา 2567 สื่อสารด้วยภาษาไทย มีการมองเห็นและการได้ยินปกติ ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์ มีเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด และมีความเจ็บป่วยกะทันหันที่ส่งผลต่อการรับชมสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ดังนี้

- ระดับโรงเรียน จาก 5 โรงเรียน สุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้ 2 โรงเรียน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 1 โรงเรียน และกลุ่มควบคุม 1 โรงเรียน

- ระดับชั้นเรียน สุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6

- ระดับห้องเรียน สุ่มอย่างง่ายได้ห้องเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 1 ห้อง และประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 1 ห้อง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างทำโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version 3.1.9.7²¹ โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้น้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กำหนดขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบด้วยสถิติทีในระดับกลาง (Medium effect size) ที่ระดับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย และคำนวณค่าป้องกันการสูญหายระหว่างการศึกษาคือข้อมูลเพิ่มอีกร้อยละ 10 จึงได้เพิ่มอีก 10 ราย รวมทั้งสิ้น 110 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 55 ราย และกลุ่มควบคุม 55 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ได้แก่ สื่อการ์ตูนแอนิเมชันในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เรื่อง “เด็กปลอดพอด” ซึ่งเป็นการตูนแอนิเมชันที่ประยุกต์ใช้เครือข่ายทางสังคม (Social network) เป็นสื่อในการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเริ่มใช้บุหรี่ไฟฟ้าตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹⁰ ซึ่งในแต่ละตอนจะมุ่งเน้นให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ประกอบด้วย 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 “ควันทำลาย” เนื้อหาในตอนนี้สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ความเสี่ยงของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยแสดงให้เห็นถึงสภาพแวดล้อมที่มีการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างแพร่หลาย และความเข้าใจผิดของวัยรุ่นเกี่ยวกับความปลอดภัยของบุหรี่ไฟฟ้า สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการตระหนักรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการได้รับผลกระทบจากสารพิษในบุหรี่ไฟฟ้า

ตอนที่ 2 “อันตรายซ่อนเร้นที่มองไม่เห็น” เนื้อหาในตอนนี้มุ่งเน้นไปที่การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า โดยแสดงให้เห็นอาการทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น เช่น ไอหนัก หอบ เหนื่อยง่าย และผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้ามีต่อระบบทางเดินหายใจและร่างกาย เป็นต้น

ตอนที่ 3 “พอดไม่ใช่คำตอบ” เนื้อหาในตอนนี้เน้นถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง โดยแสดงให้เห็นว่าการเผชิญกับความเครียดและปัญหาชีวิตสามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์และปลอดภัย แทนที่จะพึ่งพาการใช้บุหรี่ไฟฟ้า เป็นการส่งเสริมแนวคิดที่ว่าบุคคลสามารถเลือกพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงได้

ตอนที่ 4 “เสียไปเท่าไรแล้ว” เนื้อหาในตอนนี้มุ่งเน้นให้ตระหนักถึงอุปสรรคและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยแสดงให้เห็นถึงภาระด้านการเงินที่ต้องเสียไปจากการซื้อบุหรี่ไฟฟ้า

อย่างต่อเนื่อง รวมถึงปัญหาสุขภาพที่อาจตามมาในระยะยาว ซึ่งช่วยให้กลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่เคยใช้บุหรี่ไฟฟ้าเข้าใจถึงผลเสียล่วงหน้าและสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการเริ่มใช้ได้อย่างมั่นใจ

ตอนที่ 5 “Just Say No” เนื้อหาเน้นไปที่การแสดงให้เห็นปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดการตัดสินใจการปฏิเสธการใช้บุหรี่ไฟฟ้า และเหตุการณ์ที่สร้างแรงกระตุ้น เช่น การถูกชักชวนให้ลองใช้บุหรี่ไฟฟ้า แต่มีการตัดสินใจปฏิเสธอย่างมีเหตุผล ตลอดจนการตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและครอบครัว ซึ่งส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในที่สุด

ตอนที่ 6 “ชีวิตที่ดี” เนื้อหาเน้นไปที่การรับรู้ประโยชน์ของการไม่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยแสดงให้เห็นว่าการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าส่งผลต่อสุขภาพ สมรรถภาพ และคุณภาพชีวิตโดยรวม เป็นการส่งเสริมให้เห็นถึงข้อดีของการเลือกพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ และระดับชั้น และแบบวัดความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามแบบถูกผิด ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน ดังนั้นคะแนนเต็มคือ 12 คะแนน แปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ช่วง ดังนี้

0 - 4 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับเล็กน้อย

5 - 8 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลาง

9 - 12 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การประเมินความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำ 1) สื่อการตูนแอนิเมชันในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เรื่อง “เด็กปลอดภัย” และ 2) แบบวัดความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ

จิตเวช 2 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced practice nurse: APN) สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of item-objective congruence: IOC) ของเครื่องมือทั้ง 2 ชุด มีค่าเท่ากับ 1

2. การประเมินความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงด้วยวิธี KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.73 และประเมินประสิทธิภาพของสื่อการตูนแอนิเมชันในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เรื่อง “เด็กปลอดภัย” กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน และนำปัญหาที่พบมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 โรงเรียนที่ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 110 คน ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย และดำเนินการขอความยินยอมกับนักเรียน โดยผู้ปกครองลงนามในใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มทดลอง นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายได้รับการเรียนการสอนตามปกติ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในแบบวัดความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (ประมาณ 10 นาที) (Pretest: T1) และดำเนินการให้รับชมสื่อการตูนแอนิเมชันในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เรื่อง “เด็กปลอดภัย” วันละประมาณ 5 นาที ในวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลในแบบวัดความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (ประมาณ 10 นาที) หลังรับชมสื่อการตูนแอนิเมชันฯ ทันที (Posttest: T2)

กลุ่มควบคุม นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายได้รับการเรียนการสอนตามปกติ ผู้วิจัยเก็บ



ข้อมูลในแบบวัดความรู้ในการป้องกันการสับขุหรือไฟฟ้า 2 ครั้ง โดยทำการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 (Pre-test: T1) และครั้งที่ 2 (Posttest: T2) ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์เช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี หมายเลขรับรอง COA No. 01/ 2568 วันที่อนุมัติ 4 มีนาคม 2568 และวันสิ้นสุดการอนุมัติ 4 มีนาคม 2569 โดยผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงการลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยให้เป็นไปด้วยความสมัครใจ หากไม่ยินยอมเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งต่อผู้วิจัย และการขอถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น กลุ่มตัวอย่างจะไม่มีผลกระทบต่อประโยชน์สิทธิใดๆ ที่พึงได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันการสับขุหรือไฟฟ้าภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ One sample t-test และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test ทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.91) กำลังศึกษาในชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 (ร้อยละ 52.73) ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย (ร้อยละ 50.91) กำลังศึกษาในชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 (ร้อยละ 58.18) เมื่อทดสอบความแตกต่างของลักษณะข้อมูลเพศและระดับชั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

2. ข้อมูลความรู้ในการป้องกันการสับขุหรือไฟฟ้า พบว่า

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันการสับขุหรือไฟฟ้าอยู่ในระดับน้อย (Mean = 3.96, SD = 0.86) คิดเป็นร้อยละ 74.50 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันการสับขุหรือไฟฟ้าอยู่ในระดับน้อยเช่นกัน (Mean = 4.04, SD = 0.88) คิดเป็นร้อยละ 67.30 เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลความรู้ในการป้องกันการสับขุหรือไฟฟ้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ความรู้ในการป้องกันการสับขุหรือไฟฟ้าไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

หลังการทดลอง จากพิสัยคะแนนความรู้ในการป้องกันการสับขุหรือไฟฟ้าที่เป็นไปได้ระหว่าง 0 - 12 คะแนน พบว่า กลุ่มทดลองมีพิสัยคะแนนของความรู้ในการป้องกันการสับขุหรือไฟฟ้า 11 - 12 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันการสับขุหรือไฟฟ้าอยู่ในระดับมาก (Mean = 11.89, SD = 0.32) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการสับขุหรือไฟฟ้าของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ One sample t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันการสับขุหรือไฟฟ้ามากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($t = 26.44, p < .001$) ดังตารางที่ 1

ส่วนกลุ่มควบคุมมีพิสัยคะแนนของความรู้ในการป้องกันการสับขุหรือไฟฟ้า 2 - 5 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันการสับขุหรือไฟฟ้าอยู่ในระดับน้อย (Mean = 4.25, SD = 0.87) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการสับขุหรือไฟฟ้าของกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ One sample t-test พบว่า

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญสถิติ ($t = 0.44, p > .05$) ดังตารางที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าหลังการทดลอง

ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 61.51, p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ($n = 110$)

ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	Mean	SD	แปลผล	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 55)							
ก่อนทดลอง	0 - 12	2 - 5	3.96	0.86	น้อย	26.44*	< .001
หลังทดลอง		11 - 12	11.89	0.32	มาก		
กลุ่มควบคุม (n = 55)							
ก่อนทดลอง	0 - 12	2 - 5	4.04	0.88	น้อย	0.44	.66
หลังทดลอง		2 - 5	4.25	0.87	น้อย		

* $p < .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ($n = 110$)

ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p-value
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล		
กลุ่มทดลอง ($n = 55$)	3.96	0.86	น้อย	11.89	0.32	มาก	61.51**	< .001
กลุ่มควบคุม ($n = 55$)	4.04	0.88	น้อย	4.25	0.87	น้อย		

* $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายกลุ่มที่ได้รับชมสื่อการ์ตูนแอนิเมชันให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสื่อการ์ตูนแอนิเมชันให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้รับการพัฒนาโดยนำแนวคิด

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock¹⁰ และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura¹¹ มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีการเน้นให้บุคคลเกิดการรับรู้ต่อปัญหาหรือการเกิดโรค รับรู้การกระทำที่มีโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรค รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการรักษา ป้องกันโรคและนำไปสู่การปฏิบัติของบุคคลในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ²² สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กวัยก่อนเรียน²³ การป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษา²⁴ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง²⁵ เป็นต้น อีกทั้งพบว่า การส่งเสริมให้วัยรุ่นรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของอันตรายจากควันบุหรี่มือสองจะช่วยส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากควันบุหรี่มือสองของวัยรุ่น²⁶

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เป็นการเชื่อว่า “การเรียนรู้เชิงพฤติกรรมผ่านแบบอย่าง” ที่เน้นให้ผู้เรียนได้เรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นและค่อยๆ ซึมซับจนกลายเป็นความเข้าใจและพฤติกรรมของตนเอง ดังนั้นการเรียนรู้โดยการสังเกตตัวแบบจึงสามารถช่วยทำให้เกิดการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดีเพราะได้เห็นวิธีการและผลที่เกิดขึ้น¹¹ สื่อการ์ตูนแอนิเมชันให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าใช้ในการส่งเสริมการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของนักเรียนในด้านการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยไม่ได้เน้นการถ่ายทอดเนื้อหาเชิงวิชาการเท่านั้น แต่ยังออกแบบให้เกิดการมีส่วนร่วมทางความคิดและอารมณ์ของผู้เรียนผ่านการเล่าเรื่องที่เข้าใจง่าย ตัวละครที่เด็กสามารถเข้าถึงได้ และการจำลองสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับชีวิตจริงของเด็กในวัยประถมศึกษาตอนปลาย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความไวต่ออิทธิพลทางสังคมและสื่อรอบตัว รวมทั้งการออกแบบเนื้อหาให้มีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้เรียน เช่น การถูกชักชวน การลัถเลใจ หรือการตัดสินใจในสถานการณ์เสี่ยง ยังช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงสิ่งที่เห็นในสื่อเข้ากับสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น นอกจากนี้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันยังช่วยกระตุ้นแรงจูงใจในการเรียนรู้ผ่านความสนุกสนาน สีสันสดใส การเคลื่อนไหวที่ดึงดูดใจ และเสียงประกอบที่กระตุ้นอารมณ์ ซึ่งช่วยลดความตึงเครียดจากการเรียน

แบบเดิมๆ ทำให้เกิดความรู้สึกอยากเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น และสามารถจดจำสาระสำคัญของเนื้อหาได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การให้ความรู้แก่บุคคลสามารถช่วยให้เกิดกระบวนการคิดและความเชื่อ ซึ่งในที่สุดแล้วอาจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมได้^{14,15,27,28}

จากผลการวิจัยนี้สามารถสรุปได้ว่า สื่อการ์ตูนแอนิเมชันในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสามารถส่งเสริมให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายมีความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเกี่ยวกับโทษและผลกระทบที่เกิดจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ตลอดจนมีความเชื่อและความเข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จะช่วยให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายสามารถตระหนักถึงอันตรายของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาสื่อสุขศึกษาในอนาคตเพื่อนำไปใช้ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของเด็กและวัยรุ่น ซึ่งคาดว่าจะช่วยสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อครอบครัวและสังคม โดยช่วยลดโอกาสในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และสนับสนุนการดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยจากการพึ่งพาสารเสพติดในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงเรียนที่เปิดการเรียนการสอนในระดับประถมศึกษาสามารถนำสื่อการ์ตูนแอนิเมชันในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เรื่อง “เด็กปลอดภัย” เป็นสื่อการเรียนการสอนเพิ่มเติมเข้ากับรายวิชาสุขศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในอนาคต ทั้งนี้อาจต้องมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควรประเมินและติดตามผลการเกิดเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและความตั้งใจในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาด้านความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะยาว เพื่อติดตามผลว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้และทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกที่สนับสนุนทุนในการวิจัย และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global School-based Student Health Survey (GSHS): fact sheet Thailand 2021. [Internet]. [cited 2025 July 24]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/thailand/2021_thailand_gshs_fact_sheetada1f3cd-2ee4-4258-a01f-b40873aaf988.pdf.
2. Adebisi YA, Phungdee T, Saokaew S, Lucero-Prisno DE. Prevalence and determinants of current cigarette smoking among adolescents in Thailand: evidence from 2021 global school-based health survey. JRSJ 2024;24(2):e00610.
3. Thepthien BO, Tinn CS, Ofuchi T, Kim B. An analysis of e-cigarette and polysubstance use patterns of adolescents in Bangkok, Thailand. Tob Induc Dis 2021;19:88.
4. Ruanphet K, Khamanek S, Bangoen P, Bonkhunthod P, Salachua P, Thanaroong P, et al. Knowledge, attitude, and behavior in preventing e-cigarette smoking among junior high school students in Mueang District, Buriram Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2025;19(2):438-48. (in Thai).
5. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC). E-cigarette. [Internet]. [cited 2025 July 24]. Available from: <https://www.trc.or.th/th/attachments/article/905/TRCRUupdate16Vol2.pdf>. (in Thai).
6. Surangsee S, Aekmanset B, Podong P. Effects of eHealth education program on knowledge and attitude to e-cigarette smoking prevention among middle school students. NHEJ 2024;7(2):55-66. (in Thai).
7. Seeherunwong A, Muangsakul W, Angsukiattitavorn S, Tipayamongkhogul M, Ondee P. Association between personal factors, beliefs, and attitudes towards e-cigarettes and cigarettes use among Thai youths in central region, Bangkok and its perimeter. RTN Med J 2023;50(3):579-89. (in Thai).
8. Jumpajan J, Thawongna S, Yakamsee N, Mueangkhong P, Khantee N, Wontaisong N, et al. Factors related to knowledge and attitude on electronic cigarette of students in Sakon Nakhon Rajabhat University. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2023;17(2):631-44. (in Thai).

9. Boonpen P, Mentara P, Boonpen P. E-cigarettes behavior and smoking cessation behavior of youth smoker in higher education institute, Bangkok. *Srinakharinwirot Research and Development Journal of Humanities and Social Sciences* 2019;11(22):111-27. (in Thai).
10. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs* 1974;2(4):354-86.
11. Bandura A. Social reinforcement and behavior change—Symposium, 1962: 1. Behavior theory and identificatory learning. *American Journal of Orthopsychiatry* 1963;33(4):591.
12. Griffin KW, Williams C, Botvin CM, Sousa S, Botvin GJ. Effectiveness of a hybrid digital substance abuse prevention approach combining e-learning and in-person class sessions. *Front Digit Health* 2022;4:931276.
13. Srisuriyawet R, Homsin P. Effects of school-based smoking initiation prevention program on tried smoking among early adolescents. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2015;27(3):50-67. (in Thai).
14. Ridha A, Ramadhani D, Trisnawati E, Radiana D, Ruhama U. Improving knowledge and attitudes about prevention and cessation of smoking using comics: study on youth with smoker's social environment. *Pan African Medical Journal* 2022;43(158):1-10.
15. Putthai P, Srisuriyawat R, Homsin P. Effects of social cognitive theory applied program on e-cigarette smoking prevention among junior high school students. *Thai Pharm Health Sci J* 2023;18(1):50-9. (in Thai).
16. Noar SM, Rohde JA, Horvitz C, Lazard AJ, Ross JC, Sutfin EL. Adolescents' receptivity to e-cigarette harms messages delivered using text messaging. *Addict Behav* 2019;91:201-7.
17. Merianos AL, Gittens OE, Mahabee-Gittens EM. Depiction of health effects of electronic cigarettes on YouTube. *J Subst Use* 2016;21(6):614-9.
18. Mahabee-Gittens EM, Merianos AL, Matt GE. Preliminary evidence that high levels of nicotine on children's hands may contribute to overall tobacco smoke exposure. *Tob Control* 2018;27(2):217-9.
19. Marzo RR, Bhattacharya S, Ravichandran S, Lakshmanan P, Jeffery VR, Moralitheran P, et al. Educating school students and gauging their perception about the harmful effects of smoking using a "Facial-Ageing App (mobile application):" An experience from Malaysia. *Journal of Education and Health Promotion* 2019;8(1):250.
20. Prabmeechai S, Rueangworaboon S. The effect of animation media on knowledge and self-care behavior of school-age children with thalassemia. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2017;27(2):96-109. (in Thai).



21. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods* 2007;39(2):175-91.
22. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care* 1975;13(1):10-24.
23. Faengphong N, Junprasert S, Rattanaagreeethakul S. Effects of health belief development program among parents on perceptions and hand-foot-mouth disease preventive behaviors for preschool-aged children in child development center. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2020;28(3):113-25. (in Thai).
24. Kim H, Shin S, Lee E. Effects of health belief, knowledge, and attitude toward COVID-19 on prevention behavior in health college students. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(3):1-11.
25. Loussug W, Lawang W, Homsin P. The effects of application of the health belief model with family support program on preventive behaviors against cerebrovascular disease among individual at risk. *Journal of Nursing and Education* 2019;12(4):32-45. (in Thai).
26. Kitchaicharoenporn C, Prabpai S. The effectiveness of an application of health belief model to promote self prevention secondhand smoke in teenage. *Journal of Health, Physical Education and Recreation* 2021;47(2):183-96. (in Thai).
27. Kansin S, Suwannaphant K. Development of cartoon media to provide knowledge on smoking prevention in early school children. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2024;18(2):433-45. (in Thai).
28. Chaksomsak N, Thavornsil T. The effectiveness of a health education program applied from health belief model and the self-efficacy theory on awareness of alcohol abuse prevention among adolescents. *Journal of Educational Measurement and Evaluation* 2023;17(3):139-55. (in Thai).

การประเมินปริมาณรังสีกระเจิงบริเวณเลนส์ตาของผู้ปฏิบัติงาน ขณะถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ Assessment of Scattered Radiation Dose to the Eye Lens of Staff during Portable Chest X-rays

กาญจนาภ ศิริพลชัย* วิภาวี แซ่พัง** กรรณิกา ฝักฝ้าย*** เกาวรินทร์ ขยายวงศ์****

Kanchanaphop Siriphonchai,* Wipawee Saepang,** Kornnika Fackfai,*** Paowarin Khayaiwong****

* นักรังสีเทคนิค แผนกเอกซเรย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรุงเทพมหานคร

* Radiologic Technologist, Somdech Phra Pinklao Hospital, Bangkok

** นักรังสีเทคนิค ศูนย์การตรวจวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า โรงพยาบาลอานันทมหิดล จ.ลพบุรี

** Radiologic Technologist, Magnetic Resonance Imaging Center, Ananda Mahidol Hospital, Lopburi Province

*** ชูกิจส่วนตัว

*** Personal Business

**** คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร

**** Faculty of Science, Ramkhamhaeng University, Bangkok

* Corresponding Author: Kanchanaphop27102710@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปริมาณรังสีกระเจิงบริเวณเลนส์ตาของผู้ปฏิบัติงานขณะถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ โดยใช้หุ่นเนื้อเยื่อจำลองร่างกายมนุษย์ส่วนลำตัว (Kyoto Kagaku รุ่น PHU-60) และเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ FUJI รุ่น NANO DR-XD 1000 ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตั้งค่าเทคนิค 85 kVp 1.6 mAs และระยะห่างหลอดเอกซเรย์ถึงแผ่นรับภาพ 100 เซนติเมตร ถ่ายภาพเอกซเรย์ 3 ท่า ได้แก่ AP supine, AP semi upright และ AP upright โดยทำการวัดปริมาณรังสีกระเจิงที่ระดับความสูง 160 เซนติเมตร ด้วยเครื่องวัดรังสี OSL anodot ยี่ห้อ Landauer วัดปริมาณรังสีกระเจิงรอบเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ทั้งหมด 7 มุม ได้แก่ 0, 30, 60, 90, 120, 150 และ 180 องศา ผลการทดลอง พบว่า การกระจายของรังสีกระเจิงมีลักษณะคล้ายกันในทุกท่า แต่ท่า AP supine มีการกระจายกว้างที่สุด โดยค่ารังสีน้อยสุด คือ $4.640 \pm 0.45 \mu\text{Sv}$ ที่มุม 0 องศา และมากที่สุด คือ $6.467 \pm 0.60 \mu\text{Sv}$ ที่มุม 90 องศา ซึ่งสูงกว่าขีดจำกัดปริมาณรังสีต่อเลนส์ตา 1.3 - 1.9 เท่า สรุปได้ว่า ผู้ปฏิบัติงานควรยืนปฏิบัติงานหลังเครื่องเอกซเรย์เพื่อได้รับรังสีกระเจิงน้อยที่สุด และควรสวมอุปกรณ์ป้องกันรังสีบริเวณลำตัว ท่อน้ำทรวงอก และเลนส์ตา เพื่อความปลอดภัยจากรังสีในระยะยาว

คำสำคัญ: ปริมาณรังสีกระเจิง เลนส์ตา เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ การเอกซเรย์ทรวงอก ผู้ปฏิบัติงานทางรังสี

Received: August 14, 2025; Revised: November 12, 2025; Accepted: November 13, 2025

Abstract

This study aimed to evaluate the scattered radiation dose to the lens of the eye of radiologic personnel during chest radiography using a mobile X-ray unit. A human torso tissue-equivalent phantom (Kyoto Kagaku model PHU-60) and a mobile X-ray machine (FUJI NANO DR-XD 1000) at Somdech Phra Pinklao Hospital were utilized. The exposure parameters were set at 85 kVp, 1.6 mAs, and a source-to-image distance (SID) of 100 cm. Chest radiographs were obtained in three patient positions: AP supine, AP semi-upright, and AP upright. The scattered radiation dose was measured at a height of 160 cm. using an optically stimulated luminescence dosimeter (OSLD) nanoDot (Landauer). Measurements were taken at seven angular positions around the mobile X-ray unit: 0°, 30°, 60°, 90°, 120°, 150° and 180°. The results showed that the scatter radiation distribution patterns were similar in all positions; however, the AP supine position produced the widest scatter distribution. The minimum scattered dose was $4.640 \pm 0.45 \mu\text{Sv}$ at 0°, and the maximum was $6.467 \pm 0.60 \mu\text{Sv}$ at 90°, which exceeded the lens dose limit by approximately 1.3 - 1.9 times. In conclusion, radiologic technologists should stand behind the mobile X-ray unit during exposures to minimize scatter radiation exposure. Additionally, the use of personal protective equipment, including lead aprons, thyroid shields, and lead glasses, is strongly recommended to ensure long-term radiation safety.

Keyword: scattered radiation, eye lens, portable X-ray, chest X-ray, radiological technologist

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่เป็นเครื่องมือหนึ่งในการสร้างภาพเพื่อการวินิจฉัย สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนย้าย ทำให้เกิดความรวดเร็วและความปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิตและพิการลง¹ จากสถิติในปี พ.ศ. 2564 - 2566 ของกลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าพบว่า มีผู้ป่วยที่ใช้บริการเอกซเรย์ทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ จำนวน 104,380 คน คิดเป็นร้อยละ 99.33 ของผู้ป่วยที่รับบริการเอกซเรย์เคลื่อนที่ทั้งหมด² และเนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโควิด 19 ที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น พร้อมทั้งโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมาก และการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกก็มากขึ้นเช่นกัน³

ในขณะปฏิบัติงานจะเกิดรังสีสองชนิด ชนิดแรก คือ รังสีปฐมภูมิ เป็นรังสีที่ทำให้เกิดภาพเอกซเรย์ และชนิดที่สอง คือ รังสีทุติยภูมิ ซึ่งเป็นรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ สามารถแบ่งได้เป็นรังสีรั่วไหลที่เกิดจากหลอดเอกซเรย์ และรังสีกระเจิงที่เกิดจากผู้ป่วย รวมถึงอุปกรณ์ เช่น เติงและอุปกรณ์รับภาพ เป็นต้น⁴ เนื่องจากรังสีเอ็กซ์หรือเอกซเรย์เป็นรังสีประเภทก่อไอออน (Ionizing radiation) สามารถก่อให้เกิดการบาดเจ็บของเซลล์ทุกชนิด เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์และเป็นอันตรายกับเนื้อเยื่อปกติในร่างกายได้ โดยจะเกิดผลกระทบต่อร่างกายได้สองชนิด คือ (1) ผลกระทบที่มีขีดจำกัด (Deterministic effect) หมายถึง ผลของรังสีที่จะเกิดขึ้นกับร่างกายเมื่อได้รับรังสีสูงเกินค่าขีดจำกัดค่าหนึ่ง (Threshold) ตัวอย่างเช่น เลนส์ตา จะทำให้เกิดความขุ่นมัวและนำไปสู่การเกิดโรคต้อกระจกได้เมื่อได้รับรังสีตั้งแต่ 0.5 เกรย์ (Gy) ขึ้นไป โดย



ความรุนแรงจะขึ้นกับปริมาณรังสีที่ได้รับ (2) ผลกระทบแบบไม่มีขีดจำกัด (Stochastic effect) หมายถึงผลของรังสีที่จะเกิดขึ้นกับร่างกายเมื่อได้รับรังสีสะสมในระยะยาวที่ไม่มีการกำหนดปริมาณรังสีที่ได้รับ (Non-Threshold) ทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหาย เช่น โอกาสการเกิดมะเร็ง ความผิดปกติทางพันธุกรรม เป็นต้น โดยอัตราเสี่ยงของการเกิดขึ้นขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีที่ได้รับ⁴

ในขณะที่ปฏิบัติงาน รังสีกระเจิงที่เกิดจากผู้ป่วยและอุปกรณ์ เช่น เตียง และอุปกรณ์รับภาพ เป็นต้น ซึ่งเป็นรังสีทุติยภูมิชนิดหนึ่งที่ถูกปฏิบัติงานได้รับ ซึ่งหากได้รับรังสีชนิดนี้สะสมเป็นเวลานานจะมีความเสี่ยง ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและเลนส์ตาได้ เช่น เกิดต้อกระจก⁴ จึงต้องตระหนักถึงการทำงานภายใต้หลักป้องกันอันตรายจากรังสี ได้แก่ การสวมชุดตะกั่วป้องกันรังสี (Lead apron) อุปกรณ์กำบังรังสีบริเวณไทรอยด์ (Thyroid shield) การใช้ฉากตะกั่วกำบังรังสี และการใช้เวลาในการปฏิบัติงานน้อยที่สุด และอยู่ให้ห่างจากทิศทางของลำรังสีให้มากที่สุด⁵ ซึ่ง วสัน บุตรพา พบว่า ปริมาณรังสีกระเจิงจากเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ที่จะมาก ถ้าอยู่ใกล้หัวหลอดเอกซเรย์ ในตำแหน่งมุม 180 องศา และบริเวณตำแหน่งที่ได้รับปริมาณรังสีกระเจิงน้อยที่สุด คือ ที่ระยะ 1.5 เมตรขึ้นไปตำแหน่ง 0 องศา¹ และ Otomo และคณะ พบว่า ปริมาณรังสีกระเจิงจากการถ่ายภาพเอกซเรย์เคลื่อนที่ เพิ่มขึ้นร้อยละ 45 ที่ระดับความสูงของเลนส์ตาหรือประมาณ 150 เซนติเมตร⁶ โดย กัสพินา หะยีสมาแอะ และคณะ พบว่า ปริมาณรังสีกระเจิงจากเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่บริเวณข้างเตียงมีมากกว่าบริเวณหัวเตียง และรังสีสามารถกระเจิงได้หลายทิศทางทำให้บริเวณเลนส์ตาได้รับรังสีเช่นเดียวกับลำตัว การใส่เสื้อตะกั่วเพียงอย่างเดียวจึงไม่สามารถป้องกันรังสีกระเจิงบริเวณเลนส์ตาได้⁷ และ อัญมณี ศักดิ์คันธธิญญ และคณะ พบว่า เมื่อดวงตาทำมุม 30 องศา กับแหล่งกำเนิดรังสีเอกซ์ การสวมใส่แว่นตะกั่วจะช่วยลดปริมาณรังสี ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเลนส์ตาขุ่นมัวและต้อกระจกได้⁸

จากการปฏิบัติงานของกลุ่มรังสีวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ผู้ปฏิบัติงานด้วยเอกซเรย์เคลื่อนที่ที่มีการสวมเสื้อตะกั่ว อุปกรณ์กำบังรังสีบริเวณไทรอยด์ และอุปกรณ์วัดรังสีเฉพาะบุคคล แต่ยังไม่มีการใช้อุปกรณ์กำบังรังสีบริเวณเลนส์ตา ซึ่งจากงานวิจัยที่กล่าวมา^{1,4-8} มีการตระหนักถึงความสำคัญของปริมาณรังสีกระเจิงบริเวณเลนส์ตาดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการประเมินปริมาณรังสีกระเจิงบริเวณเลนส์ตาของผู้ปฏิบัติงานขณะทำการเอกซเรย์ทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ พร้อมทั้งหาตำแหน่งที่เหมาะสมสำหรับการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันอันตรายจากรังสีในขณะที่ปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินปริมาณรังสีกระเจิงบริเวณเลนส์ตาของผู้ปฏิบัติงาน ขณะถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่
2. เพื่อหาตำแหน่งที่เหมาะสมสำหรับผู้ปฏิบัติงานทางรังสี ขณะถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่

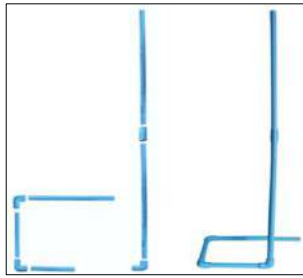
วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร ข้อมูลจำนวนการถ่ายภาพเอกซเรย์ปอดด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ ของกลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย 1) เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ ยี่ห้อ FUJI รุ่น NANO DR-XD 1000 2) ฟันเนื้อเยื่อจำลองร่างกายมนุษย์ส่วนลำตัว ยี่ห้อ Kyoto Kagaku รุ่น PHU-60 ใช้สำหรับแทนผู้ป่วยจริง 3) เครื่องวัดปริมาณรังสีไอเอสแอลนาโนดอท ยี่ห้อ Landauer ใช้สำหรับวัดปริมาณรังสีกระเจิง 4) ท่อพีวีซีและข้อต่อพีวีซีขนาด 1/2 นิ้ว ใช้สำหรับแทนผู้ปฏิบัติงาน 5) ตลับเมตร ใช้สำหรับวัดระยะต่างๆ 6) ไม้บรรทัดวัดมุม ใช้สำหรับวัดมุมองศาในการติดตั้งอุปกรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมอุปกรณ์แทนผู้ปฏิบัติงานทางรังสี โดยตัดท่อพีวีซียาวขนาด 90 เซนติเมตร และ 15 เซนติเมตร อย่างละ 2 อัน และ 30 เซนติเมตร 1 อัน ใช้ข้อต่อ 90 องศา 3 ตัว และ ข้อต่อตรง 180 องศา 1 ตัว ประกอบท่อพีวีซีโดยนำท่อพีวีซีขนาด 90 เซนติเมตร ต่อกันด้วยข้อต่อตรง 180 องศา และต่อข้อต่อ 90 องศา เข้ากับปลายด้านใดด้านหนึ่ง ประกอบท่อพีวีซีโดยนำท่อพีวีซีขนาด 30 เซนติเมตร และ 15 เซนติเมตร ต่อเข้าด้วยกันด้วยข้อต่อ 90 องศา ใช้แทนผู้ปฏิบัติงานทางรังสี ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงการต่ออุปกรณ์แทนผู้ปฏิบัติงานทางรังสี

2. จัดทำหุ่นจำลองสำหรับเอกซเรย์ทรวงอก ท่านอนหงาย (AP supine) ปรับเตียงราบ ท่ากึ่งนั่ง (AP semi upright) ปรับหัวเตียงขึ้นประมาณ 45 องศา ท่านั่ง (AP upright) ปรับเตียงขึ้นประมาณ 90 องศา และวางหุ่นจำลองบนเตียง ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การจัดทำหุ่นจำลองในท่า AP supine, AP semi upright และ AP upright ตามลำดับ

3. การติดตั้งอุปกรณ์จัดเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ในท่าต่างๆ ดังนี้ 1) ท่า AP supine วางแผ่นรับภาพหลังหุ่นจำลองขนานไปกับเตียง และปรับหลอดเอกซเรย์ตั้งฉากกับหุ่นจำลองและแผ่นรับภาพ 2) ท่า AP semi upright วางแผ่นรับภาพหลังหุ่นจำลองขนานไปกับเตียง และปรับเอียงหลอดเอกซเรย์ตั้งฉากกับหุ่นจำลอง 3) ท่า AP upright วางแผ่นรับภาพหลังหุ่นจำลองขนานไปกับเตียง และปรับหลอดเอกซเรย์ตั้งฉากกับเตียง หุ่นจำลอง และแผ่นรับภาพ และจัดหลอดเอกซเรย์ห่างจากแผ่นรับภาพ 100 เซนติเมตร และระยะเครื่องเอกซเรย์ห่างจากเตียง 100 เซนติเมตร ทั้ง 3 ท่า ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การจัดเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ในท่า AP supine, AP semi upright และ AP upright ตามลำดับ

4. ติดตั้งเสาพีวีซีและโอเอสแอลนาโนดอท โดยกำหนดจุดวัดปริมาณรังสีกระเจิงทั้งหมด 7 ตำแหน่ง โดยกำหนดมุมจากหลังเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ ถึงบริเวณข้างเตียง ซึ่งได้แก่ มุม 0, 30, 60, 90, 120, 150 และ 180 องศา โดยใช้ไม้บรรทัดวัดมุม วางเสาพีวีซีห่างจากจุดที่ทำการวัดมุม 100 เซนติเมตร ตามมุมที่กำหนด ทั้งหมด 7 ตำแหน่ง ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 การกำหนดมุมติดตั้งโอเอสแอลนาโนดอท

5. ติดอุปกรณ์วัดปริมาณรังสี โอเอสแอลนาโนดอทที่เสาพีวีซี แทนเลนส์ตาของผู้ปฏิบัติงาน โดยมีความสูง 160 เซนติเมตร จากพื้น ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 การติดตั้งโอเอสแอลนาโนดอทกับอุปกรณ์แทนผู้ปฏิบัติงานทางรังสีที่ระดับเลนส์ตา

6. การตั้งค่าเทคนิคและการวัดปริมาณรังสี โดยตั้งค่าเทคนิคที่ใช้ในการถ่ายภาพทางเอกซเรย์ทรวงอกที่ 85 kVp และ 1.6 mAs ทำการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกทั้งหมด 9 ครั้ง โดยถ่ายท่า AP supine 3 ครั้ง AP semi supine 3 ครั้ง และ AP upright 3 ครั้ง หลังจากนั้นวัดปริมาณรังสีทั้งหมดท่าละ 3 ครั้ง ด้วยโอเอสแอลนาโนดอท ส่งโอเอสแอลนาโนดอทไปอ่านค่าปริมาณรังสีที่กรมวิทยาศาสตร์ ด้วยเครื่องอ่านรังสีรุ่นไมโครสตาร์ (microSTAR) ทั้งหมด 63 แผ่น โดยแต่ละแผ่นอ่านค่า 3 ครั้ง และทำการหาค่าเฉลี่ย โดยบันทึกค่าปริมาณรังสีลงในตารางที่ 1

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เอกสารรับรอง เลขที่ COA-NMD-REC 0026/70 รับรองเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2567 สิ้นสุดวันที่ 19 กันยายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในงานวิจัยนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยโปรแกรม Excel แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) เพื่อแสดงแนวโน้มของข้อมูล และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) เพื่อแสดงการกระจายตัวของข้อมูล และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของตาราง

ผลการวิจัย

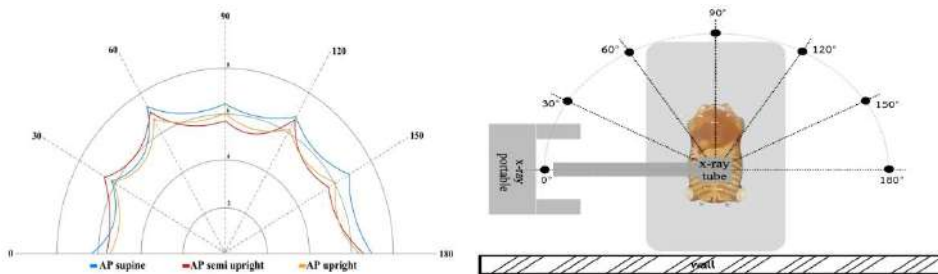
จากการทดลองการวัดปริมาณรังสีกระเจิงบริเวณเลนส์ตาของผู้ปฏิบัติงาน ขณะถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ที่สามารถจำแนกผลการทดลองได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยปริมาณรังสีกระเจิงที่ระดับเลนส์ตาของผู้ปฏิบัติงาน

มุมที่วัด (องศา)	ปริมาณรังสีกระเจิงเฉลี่ย (μSv)		
	AP supine	AP semi upright	AP upright
0	4.640 ± 0.45	5.173 ± 0.60	4.680 ± 0.43
30	5.307 ± 0.64	5.640 ± 0.57	5.520 ± 0.84
60	5.507 ± 0.12	5.973 ± 0.84	5.640 ± 0.98
90	6.467 ± 0.60	6.320 ± 0.94	6.200 ± 0.69
120	5.347 ± 0.75	5.987 ± 0.69	6.120 ± 0.79
150	5.120 ± 0.68	5.520 ± 0.52	5.520 ± 0.62
180	5.013 ± 0.67	5.667 ± 0.09	5.280 ± 0.21

μSv = ไมโครซีเวิร์ต, (mean $\pm$ SD)

จากตารางที่ 1 พบว่า ปริมาณรังสีกระเจิงเฉลี่ยสูงสุดพบในท่า AP Supine ที่มุม 90 องศา ($6.467 \pm 0.60 \mu\text{Sv}$) ด้านปลายเท้าของหุ่นเนื้อเยื่อจำลอง และต่ำสุดในท่า AP Supine ที่มุม 0 องศา (4.640 ± 0.45) ตำแหน่งเครื่องเอกซเรย์ เมื่อทำการเปรียบเทียบการกระจายปริมาณรังสีกระเจิงของแต่ละท่า พบว่า มีรูปแบบการกระจายปริมาณรังสีคล้ายกัน และจากภาพที่ 6 พบว่า ในท่า AP supine มีการกระจายปริมาณรังสีกระเจิงเป็นมุมกว้างมากกว่าท่าอื่นๆ



ภาพที่ 6 การกระจายปริมาณรังสีกระเจิงในมุมต่างๆ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถจำแนกการอภิปรายปริมาณรังสีกระเจิงบริเวณเลนส์ตาของผู้ปฏิบัติงานขณะถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ ดังนี้

ผลการประเมินปริมาณรังสีของผู้ปฏิบัติงาน ตามที่คณะกรรมการระหว่างประเทศว่าด้วยการป้องกันรังสี (International Commission on Radiological Protection: ICRP) การประเมินขีดจำกัดของรังสีที่บุคลากรได้รับจะพิจารณาตามระยะเวลาการทำงาน 1 ปี = 2,000 ชั่วโมง (โดยประมาณ) ซึ่งถือว่าเป็นชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทั่วไปที่ทำงานสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง เป็นเวลา 50 สัปดาห์ต่อปี และบริเวณเลนส์ตาควรได้รับปริมาณรังสี ไม่เกิน 0.01 mSv/hr หรือ 20 mSv/yr จากผลการทดลอง (ปริมาณรังสีสูงสุด $6.467 \mu\text{Sv}$) หากผู้ปฏิบัติงานทำงานในสภาพแวดล้อมเช่นนี้ จากสถิติในปี พ.ศ. 2564 - 2566 ของกลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า พบว่า มีผู้ป่วยที่ใช้บริการเอกซเรย์ทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ จำนวน 104,380 คน เฉลี่ยปีละ 52,190 คน หรือประมาณ 142 คนต่อวัน โดยทางกลุ่มงานรังสีวิทยา มีเจ้าหน้าที่เอกซเรย์เคลื่อนที่ 2 คนต่อวัน คิดเป็น 71 คนต่อเจ้าหน้าที่ 1 คนต่อวัน

ดังนั้นโดยเฉลี่ยใน 1 ชั่วโมง เลนส์ตาของผู้ปฏิบัติงานจะได้รับปริมาณรังสี ดังนี้

$$\text{กรณีต่ำสุด (ใช้ค่า } 4.640 \text{ } \mu\text{Sv/ครั้ง) : } \frac{(4.640 \text{ } \mu\text{Sv}) (71 \text{ ครั้ง})}{24 \text{ ชั่วโมง}} = 13.727 \text{ } \mu\text{Sv/hr หรือ } 0.013 \text{ mSv/hr}$$

$$\text{กรณีสูงสุด (ใช้ค่า } 6.467 \text{ } \mu\text{Sv/ครั้ง) : } \frac{(6.467 \text{ } \mu\text{Sv}) (71 \text{ ครั้ง})}{24 \text{ ชั่วโมง}} = 19.132 \text{ } \mu\text{Sv/hr หรือ } 0.019 \text{ mSv/hr}$$

จากการคำนวณ ผู้ปฏิบัติงานอาจได้รับรังสี 0.017 - 0.021 mSv/hr ซึ่งสูงกว่าขีดจำกัด 0.01 mSv/hr ของ ICRP ถึง 1.3 - 1.9 เท่า

เนื่องจากการคำนวณปริมาณรังสีได้เกินขีดจำกัดที่ ICRP กำหนด ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีการป้องกันอันตรายจากรังสีเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดมะเร็งและต่อกระจก ข้อเสนอแนะในการป้องกันอันตรายจากรังสี โดยการใช้อุปกรณ์ป้องกันรังสีเฉพาะส่วน ได้แก่ แว่นตาตะกั่ว (Lead glasses) แว่นตานิยมนี้สามารถลดปริมาณรังสีที่เข้าสู่เลนส์ตาได้ถึง 70 - 90% ขึ้นอยู่กับค่าความหนาของตะกั่ว (Pb) ที่ใช้ เช่น 0.5 mmPb หรือสูงกว่า ผู้ปฏิบัติงานที่ต้องเผชิญกับรังสีกระเจิงบ่อยครั้งควรสวมใส่แว่นตาตะกั่วตลอดเวลาขณะปฏิบัติงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัญมณี ศักดิ์คันธวิญญู และคณะ⁸ พบว่า การสวมใส่แว่นตาตะกั่วช่วยลดปริมาณรังสีลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเลนส์ตาคูณามัวและต่อกระจกได้ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)

หลักความปลอดภัยจากรังสีสำหรับผู้ปฏิบัติงาน การสวมใส่เสื้อตะกั่ว (Lead apron) เป็นอุปกรณ์ป้องกันรังสีบริเวณลำตัวโดยความหนาของเสื้อตะกั่วที่นิยมใช้ในงานรังสีวินิจฉัยที่เหมาะสมสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มักโดนรังสีกระเจิงจากการเอกซเรย์ผู้ป่วย อยู่ที่ 0.25 - 0.35 mmPb โดยสามารถป้องกันรังสีได้ไม่เกิน 100 - 150 kVp⁹ การใส่ไทรอยด์ชีลด์ (Thyroid shield) หรืออุปกรณ์ป้องกันรังสีบริเวณไทรอยด์ ซึ่งเป็นอวัยวะที่มีความไวต่อรังสีมาก โดยอุปกรณ์ควรมีความหนาที่กำหนดอย่างน้อย 0.5 mmPb เพื่อป้องกันและลด

ความเข้มของรังสีได้⁹ การเลือกตำแหน่งยืนที่เหมาะสมเพื่อลดการได้รับรังสีกระเจิง จากผลการทดลองพบว่า ปริมาณรังสีที่เลนส์ตาได้รับแตกต่างกันไปตามตำแหน่งของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการยืนในแนวของลำรังสีหลักหรือในบริเวณที่มีรังสีกระเจิงสูงสุดที่มุม 90 องศาของเครื่องเอกซเรย์

ในส่วนของนักฟิสิกส์การแพทย์มีข้อเสนอแนะเรื่องเครื่องเอกซเรย์ เนื่องจากเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่แต่ละยี่ห้อหรือแต่ละรุ่น อาจทำให้มีลำรังสีไม่เท่ากัน ทำให้ค่าเทคนิคที่พลังงานและปริมาณของรังสีเดียวกัน มีผลต่อปริมาณรังสีกระเจิงที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้ค่าที่ได้จากการทดลองเปลี่ยนแปลงไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย ครั้งต่อไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มระดับความสูงแทนเลนส์ตาของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากยิ่งขึ้นในเรื่องของปริมาณรังสีกระเจิงในแต่ละระดับความสูงของผู้ปฏิบัติงาน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่ในการทำวิจัย และข้อมูลสถิติการถ่ายภาพเอกซเรย์ปอดด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ รวมทั้งอำนวยความสะดวกตลอดเวลาในการทำวิจัย และขอขอบคุณอาจารย์ประจำหลักสูตรวิชาวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขารังสีเทคนิค มหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่ให้ความกรุณาเป็นอาจารย์สอบภาคินพนธ์

เอกสารอ้างอิง

1. Buthpa W. Analysis of the Scattered Radiation and Protection Practice from Mobile X-ray Units. Bulletin of the Department of Medical Sciences 2021;63(3):660-74. (in Thai).
2. Somdech Phra Pinklao Hospital. Statistics of patients who received X-rays using mobile X-ray machines 2021 - 2023. Bangkok: Somdech Phra Pinklao Hospital; 2024. (in Thai).
3. Thai Society of Radiological Technologists (TSRT). Dressing guidelines for chest x-ray recipients during the COVID-19 situation. [Internet]. [cited 2024 May 20]. Available from: <https://tsrt.or.th/a/?p=2346>. (in Thai).
4. International Commission on Radiological Protection. ICRP publication 103: the 2007 recommendations of the International Commission on Radiological Protection. Ann ICRP 2007;37(2-4):1-332.
5. Mettler FA. Medical effects and risks of exposure to ionising radiation. J Radiol Prot 2012;32(1):9-13. (in Thai).
6. Otomo K, Inaba Y, Abe K, Onodera M, Suzuki T, Sota M, et al. Spatial scattering radiation to the radiological technologist during medical mobile radiography. Bioengineering (Basel) 2023;10(2):259.
7. Gaspina H, Thanaporn P, Chanyaphat P. Measurement of scatter radiation dose to the eye lens of the nursing assistant who work with portable chest x-ray: the phantom study. [Bachelor's Thesis, Faculty of Science]. Ramkhamhaeng University; 2023. (in Thai).
8. Sakkantapinyo A, Awikunprasert P, Pungkun V, Sudchai W. Measurements of eye lens doses in phantom using optically stimulated luminescence (OSL) dosimeter. Srinagarind Med J 2017;32(5):427-34. (in Thai).
9. Cherdkiattikul C, Saengchan P, Li-umong S. Care and inspection personal protective devices in diagnostic radiology. Journal of Siriraj Radiology 2015;2(1):55-63. (in Thai).

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4

Factors Influencing the Management of Elderly Care Centers Based on Standard Criteria in Health Region 4

ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด* ทศพร ชูศักดิ์** พรรณี บัญชรพัตถกิจ**

Srisurang lamsaard,* Thassaporn Chusak,** Pannee Banchonhattakit**

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จ.ปทุมธานี

* Student in Doctor of Public Health Program (Health System Management), Faculty of Public Health,
Valaya Alongkorn Rajabhat University Under the Royal Patronage, Pathum Thani Province

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จ.ปทุมธานี

** Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University Under the Royal Patronage, Pathum Thani Province

* Corresponding Author: srisurang_013@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพหุภาคีแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 โดยศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ทรัพยากรในการบริหารจัดการ (4M's) และแนวคิดการบริหาร POSDCoRB ต่อระดับการบริหารจัดการของศูนย์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดำเนินการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประเภทเนิร์สซิงค์ที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายที่เปิดดำเนินการใน 8 จังหวัด ได้แก่ สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก สิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา และปทุมธานี จำนวน 147 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามออนไลน์แบบมีโครงสร้างซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงตามหลักวิชาการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า ระดับการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานอยู่ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่ ด้านความปลอดภัย และด้านการให้บริการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญกับระดับการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐาน ($r = .780, p < .001$) ทรัพยากรในการบริหารจัดการ ($r = .296, p < .001$) และแนวคิด POSDCoRB ($r = .392, p < .001$) ทั้งนี้ ความรู้และทรัพยากรสามารถร่วมกันทำนายการบริหารจัดการได้ ร้อยละ 87.7 ($R^2 = .877, p < .001$) ข้อค้นพบดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการวางแผนนโยบาย การพัฒนาองค์ความรู้ และการส่งเสริมทรัพยากรในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐาน และสามารถรองรับความต้องการของสังคมสูงวัยได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: การบริหารจัดการ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เกณฑ์มาตรฐาน เขตสุขภาพที่ 4

Received: June 5, 2025; Revised: August 3, 2025; Accepted: August 10, 2025

Abstract

This predictive cross-sectional study aimed to investigate the factors influencing the management of elderly care centers according to the Ministry of Public Health's standard criteria in Health Region 4. The study examined the relationships and predictive power of knowledge regarding care standards, management resources (4M's), and the POSDCoRB management concept in relation to management performance. The sample consisted of 147 licensed administrators of nursing care centers operating across eight provinces: Saraburi, Nonthaburi, Lopburi, Ang Thong, Nakhon Nayok, Sing Buri, Phra Nakhon Si Ayutthaya, and Pathum Thani. Data were collected using a structured online questionnaire that had been validated for content and reliability. Descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis were employed for data analysis. The findings revealed that overall management performance was at a high level across all three standard domains: physical environment, safety, and services. Significant positive correlations were found between management performance and knowledge of care standards ($r = .780, p < .001$), management resources ($r = .296, p < .001$), and the POSDCoRB framework ($r = .392, p < .001$). Additionally, knowledge and resources jointly predicted 87.7% of the variance in management performance ($R^2 = .877, p < .001$). These findings can inform policy formulation, knowledge development, and resource enhancement initiatives to improve the quality and standard compliance of elderly care centers, ensuring readiness to meet the demands of an aging society with efficiency and care.

Keywords: management, elderly care center, standard criteria, Health Region 4

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

ประเทศไทยในปัจจุบันกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างประชากรอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นของการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทยมีจำนวนถึง 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.86 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 20 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2585 ซึ่งถือเป็นอัตราที่เติบโตอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง¹ แนวโน้มนี้ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นกลไกสำคัญที่ได้รับการพัฒนาและส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบศูนย์ดูแลแบบประจำ ศูนย์ดูแลรายวัน หรือ บริการสุขภาพที่บ้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อรองรับความต้องการในการดูแลที่หลากหลายของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่เพียงจำกัดอยู่ที่การดูแลสุขภาพกาย แต่ยังรวมถึงการดูแลสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างรอบด้าน อย่างไรก็ตาม รายงานผลการประเมินศูนย์ดูแลผู้สูงอายุโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพชี้ให้เห็นถึงความท้าทายที่ยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะในประเด็นที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุจำนวนมาก ยังไม่สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ในกฎกระทรวงเรื่อง มาตรฐานด้านสถานที่ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการ



เพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2563 ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาเชิงระบบที่ต้องการการแก้ไขอย่างจริงจัง²

ความไม่สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานดังกล่าวที่มีมาจากหลายปัจจัย ตั้งแต่การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง การขาดโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสม ไปจนถึงกระบวนการบริหารจัดการที่ยังไม่มีระบบรองรับอย่างเป็นระบบ สถานการณ์เช่นนี้ยิ่งตอกย้ำถึงความสำคัญของการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน เมื่อพิจารณาถึงพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก สิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา และปทุมธานี พบว่า มีจำนวนศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประเภทเนิร์สซิงแคร์ (Nursing care centers) ที่จดทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และเปิดดำเนินการอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 มีจำนวนทั้งสิ้น 230 แห่ง เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวมีแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในจังหวัดที่มีการเติบโตของเมืองและเป็นเขตชานเมือง ทำให้เกิดความต้องการบริการดูแลผู้สูงอายุในปริมาณที่สูงขึ้นมาก ความต้องการดังกล่าวไม่ได้จำกัดอยู่แค่ในปริมาณ แต่รวมถึงคุณภาพของการบริหารจัดการศูนย์ดูแลที่ต้องตอบสนองต่อความหลากหลายและซับซ้อนของความต้องการผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนด้วย

ในแง่ขององค์ความรู้ ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในระดับชาติและนานาชาติได้สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในหลายมิติ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว³ ปัจจัยด้านบุคลากรและองค์ความรู้ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของคุณภาพการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ บุคลากร การเงิน และการบริหารจัดการ เป็นปัจจัยสำคัญของการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุใน

ศตวรรษที่ 21 กระบวนการบริหารจัดการภายในองค์กรเองก็ถือเป็นหัวใจสำคัญของการยกระดับมาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ⁴ ปัจจัยการบริหารทรัพยากรสาธารณสุข ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ ส่งผลต่อประสิทธิภาพการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁵ นอกจากนี้ยังพบว่า แนวคิด POSDCoRB ที่พัฒนาโดย Gulick & Urwick⁶ ได้รับการยอมรับว่าเป็นกรอบแนวคิดการบริหารที่ครอบคลุมและเป็นระบบ ทั้งในด้านการวางแผน การจัดองค์กร การจัดสรรบุคลากร การสั่งการ การประสานงาน การรายงาน และการบริหารงบประมาณสำหรับเทคนิค POSDCoRB สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการในหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน รวมทั้งองค์กรที่มีการบริหารจัดการ⁷ อีกประเด็นที่เริ่มมีบทบาทมากขึ้นในยุคปัจจุบัน คือ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การใช้แอปพลิเคชันส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงด้วยเทคโนโลยีความเป็นจริงเป็นรูปแบบที่กระตุ้นความสนใจของผู้ใช้ ช่วยให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพด้วยตนเองผ่านเทคโนโลยีที่จับต้องได้ ดังนั้นในพื้นที่ที่มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุจำนวนมากอย่างในเขตสุขภาพที่ 4 เทคโนโลยีจึงถือเป็นเครื่องมือสนับสนุนสำคัญที่ช่วยยกระดับคุณภาพบริการให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

ดังที่กล่าวมาปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานไม่ใช่เรื่องขององค์ประกอบด้านใดด้านหนึ่ง หากแต่เป็นการผสมระหว่างองค์ความรู้ของบุคลากร ทรัพยากรที่เพียงพอ ระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อให้การบริการสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพและครอบคลุม ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 โดยมุ่งหวังว่าผลการวิจัยจะนำไปสู่การพัฒนา

รูปแบบการบริหารจัดการที่สามารถตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุ และยกระดับมาตรฐานการดูแลให้มีคุณภาพในระยะยาวได้อย่างยั่งยืน

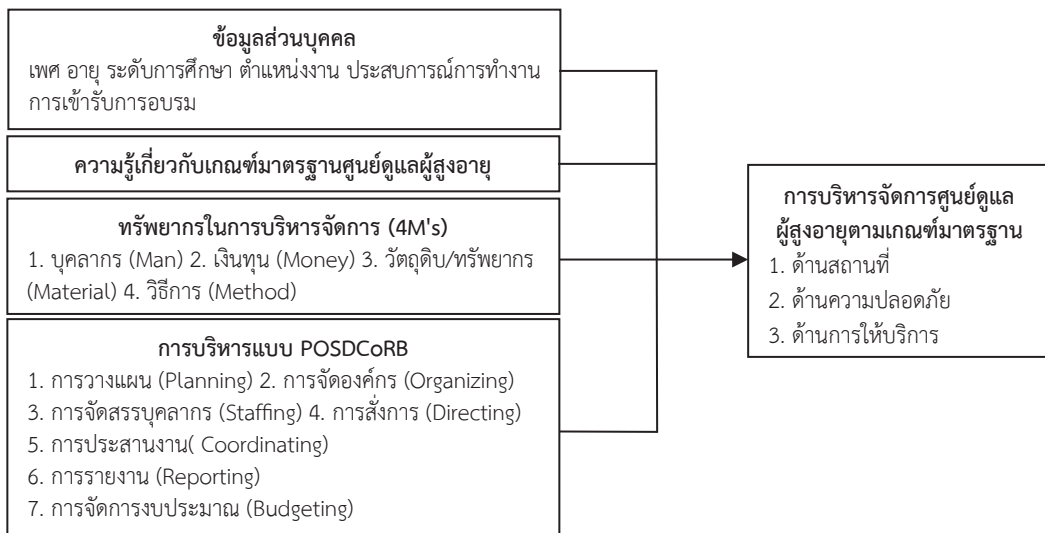
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 ในด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ทรัพยากรในการบริหารจัดการ (4M's) และหลักการบริหาร POSDCoRB กับการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4
3. เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ทรัพยากรในการบริหารจัดการ (4M's) และหลักการ

บริหาร POSDCoRB ในการทำนวยการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 ครั้งนี้อาศัยแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน ทรัพยากรในการบริหารจัดการ (4M's) ได้แก่ บุคลากร (Man) เงินทุน (Money) วัสดุ/อุปกรณ์ (Material) และวิธีการ (Method) ของ Drucker² แนวคิดการบริหารแบบ POSDCoRB ของ Gulick & Urwick⁶ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study)

ประชากร คือ ผู้ดำเนินการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประเภทเนิร์สซิงแอนด์ (Nursing care centers) ที่

จดทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และเปิดดำเนินการอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก สิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา และปทุมธานี



กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดำเนินการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ประเภทเนิร์สซิงค์ ที่จดทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และเปิดดำเนินการอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan¹⁰ จากประชากรประมาณ 230 แห่ง ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 147 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ดำเนินการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ประเภทเนิร์สซิงค์ ที่ได้รับใบอนุญาตตามกฎหมาย 2) มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการศูนย์ไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ผู้ดำเนินการศูนย์ที่ปิดดำเนินการชั่วคราวหรือถาวร 2) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน หรือขาดการติดต่อกลุ่มตัวอย่างที่เก็บรวบรวมได้ จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 96.60

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงมาตรฐานที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 ส่วนหลัก คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล มีข้อความถามจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ข้อคำถามเป็นชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่ ด้านความปลอดภัย และด้านการให้บริการ ด้านละ 10 ข้อ รวม 30 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom และคณะ¹¹ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนระดับสูง (24 - 30 คะแนน) ระดับปานกลาง (18 - 23 คะแนน) และระดับต่ำ (0 - 17 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ทรัพยากรในการบริหารจัดการ (4M's) ประกอบด้วย ด้านบุคลากร (Man) ด้านงบประมาณ (Money) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) และด้านวิธีการ (Method) จำนวน 40 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุดให้ 5 คะแนน มากให้ 4 คะแนน ปานกลาง

ให้ 3 คะแนน น้อยให้ 2 คะแนน และน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน เกณฑ์แปลผล ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best¹² โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดแล้วหาค่าพิสัยของคะแนนเพื่อใช้เป็นเกณฑ์แบ่งความกว้างของคะแนนในแต่ละระดับ โดยคะแนนระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 1.00 - 2.33) หมายถึง ปัจจัยทรัพยากรในการบริหารจัดการอยู่ในระดับต่ำ คะแนนระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 2.34 - 3.66) หมายถึง ปัจจัยทรัพยากรในการบริหารจัดการอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนระดับสูง (คะแนนระหว่าง 3.67 - 5.00) หมายถึง ปัจจัยทรัพยากรในการบริหารจัดการอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 การบริหารองค์กร ประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์กร การบริหารงานบุคคล การสั่งการ การประสานงาน การรายงานผลการงบประมาณ จำนวน 33 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุดให้ 5 คะแนน มากให้ 4 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน น้อยให้ 2 คะแนน และน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน เกณฑ์แปลผล ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best¹² โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดแล้วหาค่าพิสัยของคะแนนเพื่อใช้เป็นเกณฑ์แบ่งความกว้างของคะแนนในแต่ละระดับ โดยคะแนนระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 1.00 - 2.33) หมายถึง ปัจจัยการบริหารองค์กรอยู่ในระดับต่ำ คะแนนระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 2.34 - 3.66) หมายถึง ปัจจัยการบริหารองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนระดับสูง (คะแนนระหว่าง 3.67 - 5.00) หมายถึง ปัจจัยการบริหารองค์กรอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 การจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ประยุกต์มาจากมาตรฐานการจัดกิจการที่ให้บริการเกี่ยวกับการดูแล ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพหรือประคับประคองผู้สูงอายุ เป็นไปตามกฎกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563 แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่ จำนวน 22 ข้อ ด้านความปลอดภัย จำนวน 12 ข้อ และด้านการให้บริการ จำนวน 21 ข้อ รวมทั้งหมด 55 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า

(Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ผ่านเกณฑ์ ให้ 0 คะแนน ต้องปรับปรุง ให้ 1 คะแนน และผ่านเกณฑ์ ให้ 2 คะแนน เกณฑ์แปลผล ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Bloom และคณะ¹¹ โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดแล้วหาค่าพิสัยของคะแนนเพื่อใช้เป็นเกณฑ์แบ่งความกว้างของคะแนนในแต่ละระดับ โดยคะแนนระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 0.00 - 1.19) หมายถึง การบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในมาตรฐานระดับต่ำ คะแนนระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 1.20 - 1.59) หมายถึง การบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในมาตรฐานระดับปานกลาง คะแนนระดับสูง (คะแนนระหว่าง 1.60 - 2.00) หมายถึง การบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในมาตรฐานระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน มีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ส่วนที่ 1 - 5 เท่ากับ 0.80, 0.87, 0.87, 0.87 และ 1 ตามลำดับ และทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดำเนินการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ ดังนี้ แบบสอบถามส่วนที่ 2 ปัจจัยความรู้ด้านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุหาค่าความเที่ยงด้วย KR-20 เท่ากับ 0.82 แบบสอบถามส่วนที่ 3 - 5 ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเที่ยงของปัจจัยการบริหารจัดการตามหลัก 4M's เท่ากับ 0.98 ค่าความเที่ยงของปัจจัยการบริหารองค์กร เท่ากับ 0.98 และความเที่ยงของการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 0.79 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ (Google Forms) ส่งให้แก่กลุ่มตัวอย่างผ่านช่องทางไลน์และอีเมล พร้อมมีการติดตามผลตอบกลับอย่างต่อเนื่องจนครบจำนวน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระ

บรมราชูปถัมภ์ เลขที่ COA No. 0038/2568 รหัสโครงการ 0011/2568 วันที่อนุมัติ 11 เมษายน 2568 วันสิ้นสุดการอนุมัติ 10 เมษายน 2569 และเมื่อได้รับหนังสืออนุมัติแล้วจึงเริ่มการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ และสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลในท่ายานการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 โดยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ผู้ดำเนินการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.55 และเพศชาย ร้อยละ 8.45 มีอายุระหว่าง 20 - 40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.59 (อายุเฉลี่ยประมาณ 40.27 ± 14.62 ปี อายุสูงสุด 68 ปี อายุต่ำสุด 22 ปี) มีสถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 55.63 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 75.35 เป็นผู้ดำเนินการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 57.04 มีประสบการณ์ในการทำงานที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระหว่าง 1 - 10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 80.99 และส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 91.55

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 ผลการศึกษา มีดังนี้

2.1 ความรู้ด้านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดำเนินการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ด้านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.03 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.56 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.41 (มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 26.30 ± 2.83 คะแนน คะแนนสูงสุด 30 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน)



2.2 ทรัพยากรในการบริหารจัดการ (4M's) ผู้ดำเนินการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุมีทรัพยากรในการบริหารจัดการ (4M's) ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.37, SD = 0.61) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านวิธีการ (Method) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.48, SD = 0.49) รองลงมา คือ ด้านบุคลากร (Man) (Mean = 4.46, SD = 0.56) และด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) (Mean = 4.42, SD = 0.56) ตามลำดับ ส่วนด้านงบประมาณ (Money) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 4.12, SD = 0.83)

2.3 การบริหารองค์กร ผู้ดำเนินการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุมีการบริหารองค์กรภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.35, SD = 0.60) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการจัดองค์กร (Organizing) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด

(Mean = 4.41, SD = 0.55) รองลงมา คือ ด้านการประสานงาน (Coordinating) (Mean = 4.40, SD = 0.56) และด้านการรายงานผล (Reporting) (Mean = 4.39, SD = 0.61) ตามลำดับ ส่วนด้านการวางแผน (Planning) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 4.30, SD = 0.65)

3. การบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า การบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 1.98, SD = 0.12) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า มาตรฐานด้านสถานที่และด้านความปลอดภัยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในอัตราที่เท่ากัน คือ 1.98 (SD = 0.11 และ 0.12 ตามลำดับ) รองลงมา คือ ด้านการให้บริการ (Mean = 1.97, SD = 0.13) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 (n = 142)

การบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ	Mean	SD	ระดับการบริหาร
1. มาตรฐานด้านสถานที่	1.98	0.11	สูง
2. มาตรฐานด้านความปลอดภัย	1.98	0.12	สูง
3. มาตรฐานด้านให้บริการ	1.97	0.13	สูง
ภาพรวม	1.98	0.12	สูง

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ความรู้ด้านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ทรัพยากรในการบริหารจัดการ (4M's) และการบริหารองค์กร มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .780, .296$ และ $.392$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ทรัพยากรในการบริหารจัดการ (4M's) และปัจจัยการบริหารองค์กรกับการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 (n = 142)

ปัจจัย	การบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4	
	r	p-value
- ความรู้ด้านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ	.780	< .001
- ทรัพยากรในการบริหารจัดการ (4M's)	.296	< .001
- การบริหารองค์กร	.392	< .001

5. ความสามารถในการทำนายการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความรู้ด้านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และทรัพยากรในการบริหารจัดการ (4M's) สามารถร่วมกันทำนายการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐาน

ในเขตสุขภาพที่ 4 ได้ร้อยละ 87.70 ($R^2 = .877, p < .001$) โดยมีสมการทำนาย คือ การบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 = $65.510 + 3.272$ (ความรู้ด้านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ) - .245 (ทรัพยากรในการบริหารจัดการ (4M's) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุของตัวแปรความรู้เกณฑ์มาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและทรัพยากรในการบริหารจัดการ (4M's) ในการทำนายการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 ($n = 142$)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
- ความรู้ด้านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ	3.272	.109	1.444	29.894	< .001
- ทรัพยากรในการบริหารจัดการ (4M's)	-.245	.014	-.843	-17.447	< .001
Constant = 65.510, $F = 496.262, R^2 = .877, p < .001$					

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ระดับการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 4 โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยรวม = 1.98 จากคะแนนเต็ม 2.00) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านสถานที่ ด้านความปลอดภัย และด้านการให้บริการ ต่างอยู่ในระดับสูง “ผ่านเกณฑ์” อย่างน่าพึงพอใจ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการขออนุญาตจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องผ่านการประเมินตามเกณฑ์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพก่อนเปิดดำเนินการ ส่งผลให้ศูนย์ที่ผ่านการจดทะเบียนแล้วมีระดับมาตรฐานที่ใกล้เคียงกันในด้านกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มว่า ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 โดยเฉพาะในจังหวัดปริมณฑล เช่น นนทบุรีและปทุมธานี มีการแข่งขันด้านคุณภาพการบริการสูงกว่าพื้นที่ชนบทหรือชายขอบ ส่งผลให้ผู้ประกอบการให้ความสำคัญกับการปรับปรุงด้านกายภาพและการบริการอยู่เสมอ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพัชร วิสุทธิภักดี และ สิทธิธีร์ ธีรสรณ์⁴ ซึ่งพบว่า ตัวชี้วัดความสำเร็จของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจ การตอบสนอง การให้ความ

มั่นใจ และความเข้าใจลูกค้า โดยเฉพาะด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมมีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการในระดับสูง เช่นเดียวกับที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นสถานที่ขนาดกลางถึงใหญ่ พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกที่ผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐานนอกจากนี้ ยังพบความสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภณัฐ พานา¹³ ที่ศึกษามาตรฐานศูนย์บริการผู้สูงอายุในเขตเมือง โดยพบว่า ปัจจัยด้านสถานที่ตั้ง ความปลอดภัย และกิจกรรมที่ตอบสนองผู้รับบริการ เป็นปัจจัยที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุด สะท้อนว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้น 3 ด้านหลัก ได้แก่ สถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการนั้น สามารถสะท้อนคุณภาพที่ผู้รับบริการให้ความสำคัญได้อย่างแท้จริง ในส่วนของด้าน “ความปลอดภัย” และ “การให้บริการ” ซึ่งศูนย์ดูแลในเขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่ทำได้ในระดับดีมากนั้น อาจสะท้อนถึงผลของการอบรมผู้บริหารศูนย์และผู้ดูแล ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะในพื้นที่เมืองใหญ่ที่มีแหล่งทุนและเครือข่ายความร่วมมือทางสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน และมูลนิธิต่างๆ ที่สามารถพัฒนาศักยภาพด้านบุคลากรและการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ บุศรา เชื้อดี¹⁴

ระบุว่าแม้จะมีปัญหาด้านนโยบายและการจัดบริการขั้นพื้นฐานในบางจังหวัด แต่ในภาพรวมคุณภาพของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุมีแนวโน้มอยู่ในระดับดี หากมีการส่งเสริมในด้านบุคลากรและโครงสร้างพื้นฐานอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ยังอาจพิจารณาได้ว่ามาตรฐานขั้นต่ำของกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทเป็น “ตัวค้ำกรองเชิงคุณภาพ” ที่สำคัญในการอนุญาตให้ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุดำเนินการต่อไปได้ซึ่งส่งผลให้ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ดำเนินการอยู่แล้วมีการรักษาระดับคุณภาพไว้ไม่ต่ำกว่าขั้นพื้นฐาน อย่างไรก็ตามแม้ผลการวิจัยในภาพรวมจะชี้ว่าศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 มีระดับการบริหารจัดการในระดับ “ผ่านเกณฑ์” หรือ “สูง” แต่ก็ยังมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาในระดับสูงขึ้นในมิติของ “การให้บริการแบบองค์รวม” เช่น การดูแลสุขภาพจิต กิจกรรมสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งยังไม่ได้สะท้อนอย่างชัดเจนจากเกณฑ์มาตรฐานที่มีอยู่ สอดคล้องกับข้อเสนอของ งามเนตร เอี่ยมนาคะ¹⁵ ที่เสนอว่ามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลควรมีการพัฒนาให้ครอบคลุมด้านสุขภาพองค์รวมแบบบูรณาการและการทำงานแบบสหวิชาชีพ พร้อมทั้งการจัดระบบบริการแบบช่องทางเดียว เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องจากสถานพยาบาลไปสู่บ้านและชุมชน ซึ่งแนวทางดังกล่าวหากสามารถปรับใช้กับศูนย์ดูแลในชุมชนได้ จะส่งผลดีต่อประสิทธิภาพการบริการในอนาคต

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ ความรู้ด้านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ทรัพยากรในการบริหารจัดการ (4M's) และการบริหารองค์กร สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ความรู้ด้านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

($r = .780$) จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐานของผู้ดำเนินการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ชัดเจนที่สุดกับระดับการบริหารจัดการศูนย์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ความรู้เป็นฐานสำคัญในการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดไม่ว่าจะเป็นการจัดโครงสร้างสถานที่ การดำเนินการกระบวนการดูแล หรือการตรวจประเมินคุณภาพภายในศูนย์ ผู้บริหารที่มีความรู้เพียงพอจะสามารถถ่ายทอดให้ทีมงานและดำเนินงานได้ตรงตามข้อกำหนดและมีแนวโน้มที่จะจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นได้ครบถ้วน ผลดังกล่าวนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เตื่อนใจ ลีลาชัย และคณะ⁵ ที่พบว่า การวางแผนเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการบริหารจัดการบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีค่าความสัมพันธ์สูงกับผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพ ($r = .702, p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว³ ที่พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งการวางแผนที่มีประสิทธิภาพย่อมตั้งอยู่บนพื้นฐานของความรู้เชิงระบบเกี่ยวกับนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และมาตรฐานวิชาชีพ เช่นเดียวกับการดำเนินงานของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยความรู้เชิงลึกทั้งเชิงวิชาชีพและเชิงกฎหมาย

ในส่วนของปัจจัยด้านทรัพยากร (4M's) ซึ่งประกอบด้วย บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการจัดการ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านงบประมาณและจำนวนบุคลากรในบางศูนย์ โดยเฉพาะศูนย์ขนาดเล็กที่มีทุนเริ่มต้นจำกัด และต้องพึ่งพาผู้ดูแลเพียงไม่กี่คนแม้ว่าจะมีความมุ่งมั่นในการบริหารจัดการ แต่ความไม่พร้อมด้านทรัพยากร อาจจำกัดศักยภาพในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของ บุศรา เชื้อดี¹⁴ ระบุว่าหนึ่งในอุปสรรคหลักของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ คือ

ทรัพยากรบุคลากรที่มีจำนวนไม่เพียงพอและขาดความรู้ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงข้อจำกัดด้านพื้นที่ อาคาร และงบประมาณ ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินงานให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานได้ครบถ้วนทุกด้าน

นอกจากนี้ยังพบว่า การบริหารจัดการตามแนวคิด POSDCoRB มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับระดับการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 แสดงให้เห็นว่าศูนย์ที่มีระบบการวางแผน จัดองค์กร จัดบุคลากร สิ่งการ ประสานงาน รายงาน และบริหารงบประมาณได้ดี มีแนวโน้มที่จะดำเนินงานได้ใกล้เคียงเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ทั้งนี้อาจเนื่องจาก POSDCoRB เป็นกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมและมีลำดับกระบวนการบริหารที่ชัดเจน ซึ่งหากผู้บริหารนำไปประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบ ก็จะส่งผลให้การดำเนินงานมีความเป็นมืออาชีพและลดความคลาดเคลื่อนในการจัดบริการ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของอนุพงษ์ อินฟ้าแสง¹⁶ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพการจัดการธุรกิจดูแลผู้สูงอายุต้องอาศัยพหุปัจจัยที่ครอบคลุมถึงกระบวนการบริหาร รวมถึงพฤติกรรมผู้บริหารและการแข่งขันในอุตสาหกรรม โดยการบริหารที่มีคุณภาพย่อมเกิดจากการนำกรอบการจัดการที่เป็นระบบมาปรับใช้ในทุกขั้นตอน ซึ่งแนวคิด POSDCoRB สามารถตอบเจตยานั้นได้เป็นอย่างดีในระดับปฏิบัติการ อย่างไรก็ตามค่าความสัมพันธ์ที่พบในระดับ “ปานกลาง” ของ POSDCoRB กับผลการบริหารจัดการ อาจสะท้อนข้อเท็จจริงว่าแม้ผู้บริหารหลายรายจะมีความรู้เกี่ยวกับกรอบแนวคิดการบริหาร แต่การนำไปใช้จริงยังมีข้อจำกัด เช่น ขาดความสามารถในการบริหารงบประมาณ การรายงานผล และการประสานงานข้ามองค์กร โดยเฉพาะศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่ตั้งอยู่นอกเขตเมืองที่ขาดเครือข่ายความร่วมมือ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดำเนินการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับระดับการบริหารจัดการในครั้งนี้ อาจสะท้อนว่าความสำเร็จของการบริหารศูนย์ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับอัตลักษณ์ส่วนบุคคล แต่ขึ้นกับความสามารถในเชิงทักษะและการจัดการอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นผลจากการอบรมเฉพาะทาง หรือประสบการณ์ตรงมากกว่าคุณสมบัติพื้นฐานทั่วไป ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาเชิงลึกของ งามเนตร เอี่ยมนาคะ¹⁵ ซึ่งชี้ว่าความสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลไม่ได้ขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรืออายุของผู้บริหาร แต่ขึ้นอยู่กับรูปแบบการทำงานแบบสหวิชาชีพ การบูรณาการงาน และการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

กล่าวโดยสรุป การอภิปรายผลในวัตถุประสงค์ที่ 2 ชี้ให้เห็นว่า ความรู้ ความพร้อมของทรัพยากรและระบบบริหารที่มีประสิทธิภาพ คือ ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารศูนย์ดูแลผู้สูงอายุให้เป็นไปตามมาตรฐาน ขณะที่ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดำเนินการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลับไม่มีอิทธิพลต่อผลการบริหารจัดการอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ข้อค้นพบดังกล่าวควรถูกนำไปใช้เพื่อกำหนดนโยบายการส่งเสริมศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และระบบจัดการเป็นหลัก แทนการพิจารณาคุณสมบัติส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และทรัพยากรในการบริหารจัดการตามหลัก 4M's เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายระดับการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยโมเดลการถดถอยมีค่า R เท่ากับ 0.877 หรือสามารถอธิบายความแปรปรวนของการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุได้ถึงร้อยละ 87.7 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูงมาก จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐาน



ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเป็นตัวแทนที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยสูงที่สุด ($B = 3.272$) แสดงถึงอิทธิพลอย่างชัดเจนต่อความสามารถในการบริหารศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดำเนินการที่มีความรู้มากย่อมสามารถออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุภายในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องครอบคลุม และสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานใน 3 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านสถานที่ ความปลอดภัย และด้านการให้บริการ รวมทั้งสามารถจัดการเอกสารรายงาน และการประเมินตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมต่อการตรวจประเมินจากหน่วยงานรัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการวิจัยของ กมลพัชร วิสุทธิภักดี และ สิทธิ อีธรรม⁴ ซึ่งเน้นว่าความรู้และทักษะของบุคลากรเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการบริหารศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้าน “ความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ” และ “ประสิทธิภาพของการให้บริการ” ซึ่งไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากไม่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดำเนินงานตามมาตรฐาน

ขณะเดียวกัน แม้ว่าทรัพยากรในการบริหารจัดการตามแนวคิด 4M's (Man, Money, Material, Method) จะมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงลบ ($B = -.245$) แต่ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจตีความได้ว่า ในบางกรณีการมีทรัพยากรมากอาจไม่ได้หมายถึงการจัดการที่มีประสิทธิภาพ หากไม่มีการวางแผนและความรู้ในการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องจากบางศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีทรัพยากรครบถ้วน แต่ขาดระบบควบคุมภายในหรือขาดบุคลากรที่มีทักษะการใช้ทรัพยากรนั้น ก็อาจไม่สามารถบรรลุผลการบริหารจัดการได้ดีเท่าที่ควร สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพของ ณัฐริกันต์ แก้วโกสธัญญ์ และ ธนสุวิทย์ ทับทิมรักษ์¹⁷ ที่ชี้ว่าการมีทรัพยากรเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการสร้างความสำเร็จให้กับองค์กรธุรกิจบริการผู้สูงอายุ หากขาดปัจจัยสนับสนุนด้านการบริหารเชิงกลยุทธ์และการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า โดยเฉพาะ

ในสภาพเศรษฐกิจที่มีความผันผวน ในอีกมุมหนึ่ง ผลการวิจัยยังสามารถสะท้อนถึงความสำคัญของการผสมผสานระหว่าง “ความรู้” และ “การจัดการทรัพยากร” ซึ่งต้องดำเนินการควบคู่กัน กล่าวคือ แม้ความรู้จะเป็นปัจจัยหลักที่ทำนายผลลัพธ์ได้ แต่หากขาดทรัพยากรพื้นฐาน เช่น บุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ และงบประมาณ ก็อาจไม่สามารถแปลงความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการวิเคราะห์ในครั้งนี้อย่างเชื่อมโยงกับแนวคิด “การจัดการแบบบูรณาการ” ซึ่งปรากฏในงานของ พิสิษฐ์ พิริยาพรณ และคณะ¹⁸ ที่พัฒนามาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พักพิง โดยเสนอว่าการบริหารที่ประสบความสำเร็จต้องผสมผสานการบริหารจัดการเชิงระบบ (System management) กับการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมภายใต้บริบทท้องถิ่น ซึ่งสะท้อนว่าแม้จะมีองค์ความรู้จากระดับนโยบาย แต่การแปลงแนวคิดไปสู่การปฏิบัติจำเป็นต้องอาศัยทรัพยากรและทักษะร่วมด้วย จากผลการวิเคราะห์นี้ยังสามารถเชื่อมโยงกับหลักฐานในเชิงทฤษฎีการจัดการ ที่เน้นย้ำว่าความรู้เป็นทุนมนุษย์ (Human capital) ที่สำคัญขององค์กร โดยเฉพาะในบริบทของธุรกิจบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนและต้องอาศัยมาตรฐานการดูแลเฉพาะด้านอย่างเคร่งครัด หากไม่มีความรู้ที่ถูกต้องแม่นยำ ย่อมส่งผลให้การจัดการมีความคลาดเคลื่อน และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ ขณะเดียวกัน การที่โมเดลการทำนายมีค่า R^2 สูงมากถึงร้อยละ 87.7 อาจแสดงว่า ตัวแปรอื่นๆ ที่ไม่ได้ถูกรวมไว้ในโมเดล เช่น นโยบายขององค์กร ทักษะคนของผู้บริหาร หรือวัฒนธรรมองค์กร อาจมีอิทธิพลน้อยหรือแฝงอยู่ภายใต้ตัวแปรที่มีอยู่แล้วในโมเดล อันเป็นประเด็นที่ควรศึกษาต่อในงานวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อขยายความเข้าใจในเชิงลึก สอดคล้องกับข้อเสนอของ ปันณรัตน์ ธนโชคชัยวงศ์ และคณะ¹⁹ ที่ชี้ให้เห็นว่าการตัดสินใจของประชาชนในการเลือกใช้ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้พิจารณาเฉพาะด้านกายภาพหรือทรัพยากรเท่านั้น

แต่ยังคำนึงถึงความรู้ ความเชื่อมั่น และภาพลักษณ์ของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลผลิตจากการบริหารที่มีความรู้ความเข้าใจ และจริยธรรมวิชาชีพ กล่าวโดยสรุปการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ที่ 3 ชี้ให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐานของผู้บริหารศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และความพร้อมของทรัพยากร เป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายผลลัพธ์ด้านการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของการส่งเสริมการเรียนรู้และการวางระบบจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพในทุกกระดับ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายการพัฒนาหลักสูตรอบรมเชิงระบบให้แก่ผู้บริหารศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับความรู้และศักยภาพการบริหารจัดการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนการนำแนวคิดการบริหารแบบ POSDCoRB ไปใช้ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ผ่านการอบรม การนิเทศงาน และการติดตามประเมินผล
3. ภาครัฐและภาคีเครือข่ายด้านผู้สูงอายุควรร่วมกันจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรสนับสนุนศูนย์ดูแลผู้สูงอายุขนาดเล็กหรือศูนย์ในพื้นที่ชนบทที่ขาดแคลน เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้ตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างเท่าเทียม

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Older Persons. Situation of Thai older persons B.E. 2565. Bangkok: Amarin Corporations; 2022. (in Thai).
2. Department of Health Service Support. Annual report B.E. 2565. Nonthaburi: Planning Group, Office of the Secretary; 2022. (in Thai).
3. Bokaew. S. Development of a skill development model for caregivers of the elderly in Sukhothai Province. RTN Med J 2021;48(2):262-85. (in Thai).

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นักวิจัยด้านระบบบริการสุขภาพควรดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับผู้บริหารศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อศึกษามิติภายในองค์กร เช่น ภาวะผู้นำ วัฒนธรรมองค์กร และความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ที่อาจมีผลต่อการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ
2. สถาบันการศึกษาควรร่วมมือกับศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในการวิจัยรูปแบบการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนระบบบริหารจัดการศูนย์ ทั้งในด้านการจัดเก็บข้อมูล การติดตามคุณภาพ และการประเมินผลบริการของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ
3. หน่วยงานวิจัยระดับประเทศควรส่งเสริมการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างเขตสุขภาพต่างๆ โดยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการบริหารจัดการและค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จที่เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่
4. ควรทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของการพัฒนาองค์ความรู้ของผู้บริหารหรือผู้จัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการโดยตรงเพื่อตรวจสอบความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการแทรกแซงอย่างชัดเจน และยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลที่พบในงานวิจัยนี้

4. Visuttipukdee K, Terason S. Development of success indicators for elderly care center management in the 21st century. *Academic Journal of Thailand National Sports University* 2021;13(2):18-33. (in Thai).
5. Leelachai T, Tanwattanakul W, Jaidee P. Health resource management factors affecting effectiveness of public health services for dependent elderly in the community of subdistrict health promotion hospitals in Health Region 6. *The Public Health Journal of Burapha University* 2023;18(2):31-44. (in Thai).
6. Gulick LH, Urwick L, editors. *Papers on the science of administration*. New York: Institute of Public Administration, Columbia University; 1937.
7. Kabbuasri T. Process and technique of POSDCoRB. *Journal of Association of Professional Development of Educational Administration of Thailand* 2019;1(3):15-22. (in Thai).
8. Maneelert C. Development of application for bed-bound older adults care promotion via augmented reality technology. *Journal of Applied Information Technology* 2021;7(2):84-95. (in Thai).
9. Drucker PF. *Management: tasks, responsibilities, practices*. New York: Harper & Row; 1973.
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607-10.
11. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill; 1971.
12. Best JW. *Research in education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
13. Phana S. Urban elderly standards. In: *Proceedings of the 2nd SMARTS National Conference; 2021; Pathum Thani, Thailand*. Pathum Thani: Pathum Thani University; 2021. (in Thai).
14. Chuadee B. Guidelines for the quality management of the elderly care center for the elderly society supporting of Nakhon Sawan province. *Journal of Buddhist Anthropology* 2022;7(3):376-92. (in Thai).
15. Eiamnakha N. Elder care hospitalization standards. *Journal of Health Science* 2022;31(1):124-32. (in Thai).
16. Infahsaeng A. Multi-factors affecting the quality development of elderly care business management towards the standard benchmark. *Journal of Humanities and Social Sciences Nakhon Phanom University* 2021;11(1):144-59. (in Thai).
17. Kaewkorath N, Thabhiranrak T. Successful model of the elderly service business organizations in Thailand. *Journal of Buddhist Anthropology* 2021;6(10):114-31. (in Thai).
18. Piriya Pun P, Klinwichit W, Incha P, Subgranon R, Kangchai W. Developing standard aging health care in nursing home. *Burapha Journal of Medicine* 2015;2(1):34-50. (in Thai).
19. Thanachokchaiwong P, Chusak T, Saleeon T. Factors influencing working-age people's decisions to use the services of the elderly care center, Mueang Samut Sakhon district, Samut Sakhon province. *Singburi Hospital Journal* 2024;32(3):B67-B76. (in Thai).

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการห้ามเลือด ในกำลังพลพร้อมรบสูงของกองทัพเรือไทย

The Effectiveness of a Hemorrhage Control Training Program among Personnel in High Combat Readiness Units of the Royal Thai Navy

อิงครัต แสงอังศุมาลี* สรันยา เฮงพระพรหม**

Inkharat Saengungsumalee,* Sarunya Hengpraprom**

* แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์ทางทะเล กรมแพทย์ทหารเรือ กรุงเทพมหานคร

* Resident in Preventive Medicine (Maritime Medicine), Naval Medical Department, Royal Thai Navy, Bangkok

* นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Science Program (Health Research and Management), Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University, Bangkok

** คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok

** Corresponding Author: hengprs@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการห้ามเลือด โดยเปรียบเทียบระดับความรู้ ทักษะการห้ามเลือดของกำลังพลพร้อมรบสูงของกองทัพเรือไทยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งเปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงระหว่างลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่าง คือ กำลังพลชั้นยศประทวนในกองกำลังนาวิกโยธินกำลังภาคตะวันออก จำนวน 160 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามหน่วยงาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการห้ามเลือด และแบบประเมินความรู้ ทักษะการห้ามเลือด ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.70 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบทีแบบจับคู่ ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้เข้าร่วมมีคะแนนความรู้ ทักษะการห้ามเลือดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีความการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น 3.98, 7.89 และ 6.76 คะแนน ตามลำดับ (คะแนนเต็ม 10, 20 และ 12 ตามลำดับ) นอกจากนี้ผู้ที่เคยออกรายการชายแดนมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยออกรายการชายแดน (8.43 ± 3.39 เทียบกับ 7.29 ± 3.62 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .042$) ผลลัพธ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า

Received: December 11, 2025; Revised: March 4, 2026; Accepted: March 9, 2026



โปรแกรมการฝึกอบรมการห้ามเลือดมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะของกำลังพลอย่างชัดเจน จึงควรส่งเสริมให้นำโปรแกรมนี้บรรจุไว้ในฝึกอบรมประจำปีของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มพูนความพร้อมและศักยภาพในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในสถานการณ์ฉุกเฉิน

คำสำคัญ: การห้ามเลือด ภาวะเสียเลือดอย่างรุนแรง ภาวะช็อกจากการเสียเลือด สายรัดห้ามเลือด กองทัพเรือไทย

Abstract

This one-group pretest–posttest quasi-experimental study aimed to assess the effectiveness of a hemorrhage control training program by comparing the knowledge, attitudes, and hemorrhage control skills of combat-ready personnel of the Royal Thai Navy before and after participating in the program. It also aimed to compare changes in scores among various demographics. The sample included 160 non-commissioned officers from the Royal Thai Marine Corps in the Eastern Region, selected through stratified random sampling based on their units. The research tools consisted of the hemorrhage control skill enhancement program and an assessment form measuring knowledge, attitudes, and hemorrhage control skills. The content validity index was 0.70 and Cronbach’s alpha coefficient was 0.75. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. The findings indicated significant improvements in participants’ knowledge, attitudes, and hemorrhage control skills following the training ($p < .001$), with mean increases of 3.98, 7.89, and 6.76 points, respectively (out of 10, 20 and 12). Moreover, people who had served in border deployment showed significantly greater improvement in attitudes than those without such experience (8.43 ± 3.39 vs. 7.29 ± 3.62 , $p = .042$). The results show that the hemorrhage control training program effectively enhances key competencies among military personnel. Therefore, it is recommended to include this program into the annual training schedules of relevant units to improve readiness and capacity in aiding injured individuals in emergency situations.

Keywords: hemorrhage control, massive hemorrhage, hemorrhagic shock, tourniquet, Royal Thai Navy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บจากภาวะเลือดออกเป็นภาวะรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตหากไม่ได้รับการห้ามเลือดอย่างถูกต้องและทันท่วงที่¹ ในบริบทของการปฏิบัติการทางทหาร ภาวะเลือดออกส่งผลอย่างมากต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของกำลังพล เพราะอาจนำไปสู่การบาดเจ็บรุนแรงหรือเสียชีวิตได้

คณะกรรมการการช่วยเหลือเชิงยุทธวิธีของกองทัพสหรัฐอเมริกา (Committee on Tactical Combat Casualty Care) จึงกำหนดให้การจัดการผู้บาดเจ็บที่มีภาวะเลือดออกเป็นลำดับความสำคัญแรกของการช่วยเหลือเชิงยุทธวิธี และได้เน้นย้ำว่าทักษะการห้ามเลือดเป็นสมรรถนะสำคัญที่กำลังพลจำเป็นต้องได้รับการฝึกอย่างสม่ำเสมอ²⁻⁴

นอกเหนือจากบริบทสงคราม เหตุกราดยิงที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เป็นอีกสถานการณ์หนึ่งที่พบผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการเสียเลือดจำนวนมากโดยไม่ได้รับการห้ามเลือดตั้งแต่จุดเกิดเหตุ เหตุการณ์กราดยิงในจังหวัดนครราชสีมา เมื่อปี พ.ศ. 2563 และเหตุการณ์ที่จังหวัดหนองบัวลำภู ในปี พ.ศ. 2565 เป็นตัวอย่างสำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการปฐมพยาบาลเบื้องต้นโดยเฉพาะการควบคุมเลือดออก⁵⁻⁶ ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บในจังหวัดชายแดนภาคใต้ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2551 ยังพบว่า เหตุการณ์จำนวนมากไม่ได้รับการห้ามเลือดอย่างเหมาะสมในระหว่างรอส่งต่อผู้ป่วย⁷

ในสหรัฐอเมริกา การบาดเจ็บเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นในกลุ่มอายุ 1 - 46 ปี โดยเฉพาะการตกเลือดซึ่งถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา จึงริเริ่มโครงการ “Stop the Bleed” (STB)⁸ ในปี ค.ศ. 2015 เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการควบคุมเลือดออกจากทหารสู่ภาคพลเรือน โดยมุ่งให้ผู้พบเห็นเหตุการณ์สามารถช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บได้ก่อนทีมแพทย์จะมาถึง⁹ ผลการศึกษาประสิทธิผลของโครงการ STB จากการวิเคราะห์ห้วงปี ค.ศ. 2023 ครอบคลุม 36 การศึกษา จำนวนผู้เข้าร่วมกว่า 11,561 คน พบว่าความสามารถในการใช้สายรัดห้ามเลือดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญหลังผ่านการอบรม (ผลต่างคะแนนเฉลี่ย 44.28, $p < .001$)¹⁰

ในประเทศไทย โครงการ Stop the Bleed ยังไม่แพร่หลายทั้งในกองทัพและภาคพลเรือน แม้ว่ากองทัพเรือ โดยกรมแพทย์ทหารเรือ จะได้พัฒนาความรู้ด้านการแพทย์ทหารและการห้ามเลือดมาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการถ่ายทอดองค์ความรู้สู่การปฏิบัติให้กับกำลังพลทั่วไปซึ่งถือว่าเป็นบุคลากรด่านหน้าที่ต้องเผชิญเหตุและต้องแก้สถานการณ์วิกฤต เช่น ภัยจากภาวะสงครามที่ได้รับการบาดเจ็บจากภาวะเสียเลือด การช่วยเหลือในเชิง

การบรรเทาสาธารณภัย ยังมีข้อจำกัด ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการห้ามเลือดโดยประยุกต์องค์ความรู้จากโครงการ Stop the Bleed เพื่อเสริมสร้างทักษะการห้ามเลือดให้กับกำลังพลกองทัพเรือ โดยผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาหลักสูตรห้ามเลือดสำหรับกำลังพลและประชาชนทั่วไปในอนาคต เพื่อเพิ่มศักยภาพในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากภาวะเลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพ

กำลังพลพร้อมรบสูงของกองทัพเรือในการศึกษานี้ หมายถึง ทหารนาวิกโยธินสังกัดกองกำลังนาวิกโยธินกำลังภาคตะวันออก ซึ่งเป็นกำลังรบของกองทัพเรือที่มีความสามารถในการยุทธสะเทินน้ำสะเทินบกและพร้อมปฏิบัติการรบได้ทุกรูปแบบ ปัจจุบันหน่วยบัญชาการนาวิกโยธินได้จัดกำลังเพื่อรักษาอธิปไตยและผลประโยชน์ของชาติทั้งในพื้นที่ความขัดแย้งสามจังหวัดชายแดนภาคใต้และพื้นที่ชายแดนภาคตะวันออกภายใต้กองกำลังจันทบุรี-ตราด กำลังพลเหล่านี้จึงเป็นกลุ่มที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเสี่ยงสูงและมีโอกาสเผชิญการบาดเจ็บจากภาวะเลือดออกขณะปฏิบัติหน้าที่ค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตามแม้กำลังพลเหล่านี้จะผ่านการฝึกยุทธวิธีทหารราบเบื้องต้น แต่หลักสูตรดังกล่าวมีเนื้อหาด้านการห้ามเลือดในสัดส่วนน้อยและยังไม่มีมีการฝึกฝนอย่างเป็นระบบด้วยอุปกรณ์ห้ามเลือดมาตรฐาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการห้ามเลือดโดยเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และทักษะการห้ามเลือดของกำลังพลพร้อมรบสูงของกองทัพเรือไทย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และทักษะการห้ามเลือดระหว่างลักษณะส่วนบุคคลที่ต่างกัน

สมมติฐานการวิจัย

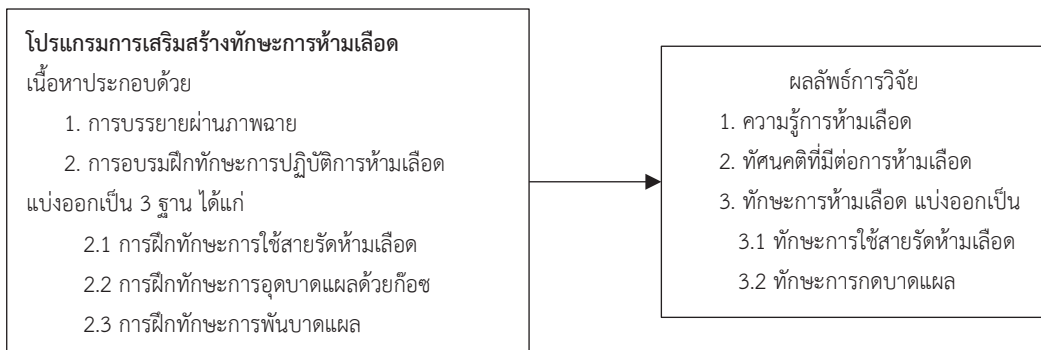
1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการห้ามเลือดคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทักษะการห้ามเลือดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการห้ามเลือด^{10,11}

2. ลักษณะส่วนบุคคลกำลังพลพร้อมรบสูงของกองทัพอากาศที่แตกต่างกัน ส่งผลให้คะแนนการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และทักษะการห้ามเลือดแตกต่างกัน¹²

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้พัฒนาขึ้นมาจากเนื้อหาและแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรมาตรฐานของ “Stop the Bleed” (STB) ซึ่งจัดทำโดย American College of Surgeons¹ โดยหลักสูตรนี้มุ่งเน้นการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการห้ามเลือด ครอบคลุมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่มีการบรรยายในหัวข้อที่มาและความสำคัญในการฝึกการห้ามเลือด ต้นเหตุและผลกระทบของการเสียเลือด และทฤษฎีการใช้

อุปกรณ์ต่างๆ ต่อจากนั้นเป็นการฝึกปฏิบัติที่เน้นให้ผู้เข้าอบรมได้ลงมือทำจริง โดยแบ่งรูปแบบกิจกรรมออกเป็น 3 ฐาน ได้แก่ 1) การใช้สายรัดห้ามเลือด 2) การอุดบาดแผลด้วยอุปกรณ์ และ 3) การพันบาดแผล ทั้งหมดใช้อุปกรณ์ที่ผ่านการรับรองตามมาตรฐาน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้พัฒนาทักษะผ่านการลงมือปฏิบัติจริงภายใต้คำแนะนำจากผู้ฝึกสอน สุดท้ายเป็นการจำลองสถานการณ์จริง เพื่อประเมินความสามารถในการตัดสินใจและการปฏิบัติเมื่อเผชิญเหตุภาวะเลือดออกรุนแรง สำหรับการประเมินผลเชิงพฤติกรรมของผู้เข้าอบรมของการเสริมสร้างทักษะการห้ามเลือดในการศึกษานี้ ครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับทักษะการห้ามเลือด 2) ทักษะเกี่ยวกับความมั่นใจและความเต็มใจในการเข้าช่วยเหลือ และ 3) ทักษะการห้ามเลือด โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยปฏิบัติตามห้ามเลือดด้วยการใช้สายรัดห้ามเลือดและอุปกรณ์ต่างๆ โดยทำการวัดทั้งก่อนและหลังการอบรม เพื่อสะท้อนผลของโปรแกรมตั้งแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest quasi-experimental study)

ประชากร คือ กำลังพลกองทัพอากาศกลุ่มชั้นยศประทวนในกองกำลังนาวิกโยธินกำลังภาคตะวันออก

กลุ่มตัวอย่าง คือ กำลังพลกองทัพอากาศกลุ่มชั้นยศประทวนในกองกำลังนาวิกโยธินกำลังภาคตะวันออก โดยกำหนดเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) บุคลากร

ทางการแพทย์ และ 2) ผู้เคยผ่านการอบรมการช่วยเหลือทางยุทธวิธีโดยตรงจากกรมแพทย์ทหารเรือ

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2 โดยกำหนดให้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.2 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับเล็กตาม Cohen's convention¹³ โดยผู้วิจัยเลือกใช้ค่าแบบอนุรักษ์นิยม (Conservative estimate) เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการห้ามเลือดในบริบทกำลังพลกองทัพเรือไทยมาก่อน กำหนดค่าอำนาจการตรวจสอบ (Power of test) = 0.8 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 156 คน ทำการสุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยใช้เทคนิคการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นตามหน่วยงาน จากรายชื่อกำลังพลชั้นยศประทวนในแต่ละหน่วยตามสัดส่วนของขนาดหน่วย ประกอบด้วย 3 หน่วย ได้แก่ 1) กองพันทหารราบที่ 1 รักษาพระองค์ กรมทหารราบที่ 1 จำนวน 35 คน 2) กองพันทหารราบที่ 3 กรมทหารราบที่ 1 จำนวน 63 คน 3) กองพันทหารราบที่ 5 กรมทหารราบที่ 2 จำนวน 62 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 160 คน และขอความร่วมมือให้ส่งกำลังพลทหารเรือชั้นยศประทวนเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดอบรม คือ โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการห้ามเลือดผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม โปรแกรม Stop the Bleed และองค์ความรู้จากคู่มือการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีของคณะกรรมการช่วยเหลือทางยุทธวิธีกระทรวงกลาโหมสหรัฐอเมริกา (CoTCCC) ระดับสำหรับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับชั้นยศ (All service member) รูปแบบการอบรมเป็นภาคบรรยายและภาคปฏิบัติระยะเวลาการอบรมทั้งหมด 5 ชั่วโมง ซึ่งมีเนื้อหาดังนี้

1.1 การบรรยายให้ความรู้การห้ามเลือดระยะเวลา 30 นาที เนื้อหาประกอบด้วย 1) ความสำคัญในการห้ามเลือดกับผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะนำส่งถึงโรงพยาบาล 2) การห้ามเลือดด้วยวิธีการต่างๆ

3) ลักษณะบาดแผลภาวะเลือดออกที่เป็นอันตรายถึงชีวิต 4) การทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการใช้งานเครื่องมือที่ใช้ในการห้ามเลือด และ 5) ข้อบ่งชี้ในการทำการห้ามเลือดในรูปแบบต่างๆ โดยผู้วิจัยทำการอบรมบรรยายผ่านภาพฉาย

1.2 การฝึกทักษะการปฏิบัติการห้ามเลือดในรูปแบบแบ่งออกเป็น 3 ฐาน ประกอบด้วย

1) การฝึกทักษะการใช้สายรัดห้ามเลือดระยะเวลา 1 ชั่วโมง ผู้เข้ารับการฝึกรับการอบรมและฝึกฝนวิธีการใช้สายรัดห้ามเลือดอย่างถูกต้อง โดยมีการฝึกท่าทางที่เหมาะสมในการใช้สายรัดเพื่อหยุดการไหลของเลือดจากบาดแผลที่รุนแรงถึงแก่ชีวิต

2) การฝึกทักษะการอุดบาดแผลด้วยก๊อช ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ผู้เข้ารับการฝึกรับการอบรมและฝึกฝนวิธีการใช้ผ้าก๊อชอุดบาดแผลอย่างถูกต้อง โดยมีการฝึกท่าทางที่เหมาะสมในการใช้ผ้าก๊อช เพื่อหยุดการไหลของเลือดจากบาดแผลที่รุนแรงถึงแก่ชีวิต

3) การฝึกทักษะการพันบาดแผลด้วยผ้าพันแผล ระยะเวลา 30 นาที ผู้เข้ารับการฝึกรับการอบรมและฝึกฝนทักษะการพันบาดแผลด้วยผ้าพันแผลเพื่อคงไว้ซึ่งแรงกดเพื่อให้หยุดการไหลของเลือด

1.3 การจำลองสถานการณ์จริง ระยะเวลา 1 ชั่วโมง โดยแบ่งผู้เข้าอบรมเป็นกลุ่มเพื่อฝึกได้รับการทดสอบกับสถานการณ์จำลองและสามารถตัดสินใจในการห้ามเลือดได้อย่างเหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินทักษะการห้ามเลือดตามขั้นตอนและวิธีการ ร่วมกับความรู้อะเอียดทัศนคติ ประกอบไปด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ ชั้นยศ สังกัด การเคยอบรมหลักสูตรต่างๆ ประสบการณ์การออกราชการชายแดน ระดับการศึกษา และจำนวนปีที่รับราชการทหาร

2.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการห้ามเลือด
ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อผู้เผชิญเหตุต้องทำ
การห้ามเลือด ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากการศึกษาของ
Gowen และคณะ¹⁴ ข้อคำถามมีจำนวน 10 ข้อ
ลักษณะคำตอบเป็นให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องเพียง
ข้อเดียว ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน และตอบผิดจะได้
0 คะแนน โดยมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน

2.3 แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการห้ามเลือด
ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากการศึกษาของ Gowen และคณะ¹⁴
ข้อคำถามมีจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นระดับ
ความมั่นใจ 5 ระดับ ไม่น่าสนใจให้ 1 คะแนน มั่นใจน้อย
ให้ 2 คะแนน มั่นใจปานกลางให้ 3 คะแนน มั่นใจให้
4 คะแนน และมั่นใจมากให้ 5 คะแนน คะแนนเต็ม
20 คะแนน

2.4 แบบประเมินทักษะการห้ามเลือด
ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแบบวัดทักษะหัตถ์ข้อการ
ห้ามเลือดจาก CoTCCC โดยผู้ช่วยครูฝึกเป็นผู้บันทึก
ข้อมูลการปฏิบัติรายทักษะของผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน
12 ข้อ แบ่งเป็น แบบประเมินทักษะการใช้สายรัด
ห้ามเลือด จำนวน 8 ข้อ และแบบประเมินทักษะ
การกดบาดแผล จำนวน 4 ข้อ ลักษณะการวัดทักษะ
หากปฏิบัติได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน และปฏิบัติผิด
ให้ 0 คะแนน โดยวิทยากรและผู้ช่วยวิทยากรเป็น
ผู้ตรวจสอบ คะแนนเต็ม 12 คะแนน ทั้งนี้ทักษะการ
พันบาดแผลด้วยผ้าพันแผลถูกประเมินรวมอยู่ในแบบ
ประเมินทักษะการกดบาดแผล เนื่องจากในสถานการณ์
จริงการกดบาดแผลด้วยก๊อชและการพันแผลด้วย
ผ้าพันแผลเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องกันและไม่สามารถ
แยกออกจากกันได้ โดยการพันแผลเป็นขั้นตอนสุดท้าย
ของการกดห้ามเลือดเพื่อคงไว้ซึ่งแรงกดที่เพียงพอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบการอบรมของโปรแกรมฯ
เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงาน
ในกระทรวงกลาโหม จำนวน 3 ท่าน เพื่อขอคำแนะนำ
ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบ

การอบรมให้เหมาะสมกับบริบทของกำลังพล
กองทัพเรือ โดยเลือกผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์
ฉุกเฉินเนื่องจากเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในการดูแล
ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลและมีความคุ้นเคย
กับอุปกรณ์ที่ใช้ในการควบคุมภาวะเลือดออกเป็น
อย่างดี สำหรับแบบประเมินทักษะการห้ามเลือดตาม
ขั้นตอนและวิธีการร่วมกับความรู้และทัศนคติ ผู้วิจัย
ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)
โดยใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม
และวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence:
IOC) โดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับที่ $IOC \geq 0.50$
ซึ่งได้ค่า IOC เท่ากับ 0.70 ภายหลังจากปรับปรุงแก้ไข
ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำแบบ
ประเมินฯ ไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) กับ
ทหารนาวิกโยธินที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 นาย
พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ
0.75 แสดงถึงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้มีคุณภาพ
เป็นที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนเตรียมการ

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ ผู้วิจัยจัดทำหนังสือ
จากกรมแพทย์ทหารเรือ ถึงกองบัญชาการหน่วย
บัญชาการนาวิกโยธิน เพื่อชี้แจงรายละเอียด
ขั้นตอนและวัตถุประสงค์ในการวิจัย จากนั้นทำ
การอบรมเตรียมความพร้อมผู้ช่วยในการวิจัย
เพื่อเป็นผู้ช่วยครูและผู้ประเมิน โดยได้ขอความ
ร่วมมือจากคณะที่ปรึกษาทางการทหารสหราชอาณาจักร
ประเทศไทย (JUSMAG THAI) เป็นผู้ช่วย
ควบคุมการปฏิบัติร่วมกับกลุ่มคณาจารย์โรงเรียน
นาวิกเวชกิจ กรมแพทย์ทหารเรือ

ขั้นตอนทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการลงพื้นที่ในการฝึกอบรมและประเมินร่วมกับผู้ช่วยครูในการศึกษาครั้งนี้ด้วยตนเอง ซึ่งมีขั้นตอนการทดลอง ดังนี้

1) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการประเมินทักษะการห้ามเลือดตามขั้นตอนและวิธีการ ร่วมกับความรู้และทัศนคติ ก่อนการทดลอง และกรอกข้อมูลส่วนบุคคลระยะเวลา 30 นาที

2) อบรมภาคการบรรยายให้ความรู้การห้ามเลือด ระยะเวลา 30 นาที

3) อบรมภาคการปฏิบัติการห้ามเลือดในรูปแบบแบ่งออกเป็น 3 ฐาน ประกอบด้วย การฝึกทักษะการใช้สายรัดห้ามเลือด การฝึกทักษะการดูดบาดแผลด้วยก๊อช และการฝึกทักษะการพันบาดแผลด้วยผ้าพันแผล ระยะเวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที

4) การสาธิตการปฏิบัติและจำลองสถานการณ์จริง ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

5) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการประเมินทักษะการห้ามเลือดตามขั้นตอนและวิธีการ ร่วมกับความรู้และทัศนคติ หลังการทดลอง ระยะเวลา 30 นาที

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารรับรองเลขที่ COA No. 0935/2025 วันที่รับรอง 31 กรกฎาคม 2568 - 30 กรกฎาคม 2569 และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เอกสารรับรองเลขที่ COA-NMD-REC 026/68 วันที่รับรอง 25 กรกฎาคม 2568 - 24 กรกฎาคม 2569

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย (n = 160)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี), mean $\pm$ SD	27.34 $\pm$ 5.56
< 25	62 (38.8)
25 - 30	60 (37.5)
> 30	38 (23.7)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม

STATA (StataCorp. Stata Statistical Software: Release 18. College Station, TX: StataCorp LLC; 2023) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ที่มีการนำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละสำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ และทักษะการห้ามเลือด ก่อนและหลังทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test และการเปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะการห้ามเลือดระหว่างลักษณะส่วนบุคคลที่ต่างกักัน โดยใช้สถิติ Independent t-test และ One-way ANOVA ทุกการทดสอบกำหนดแบบสองทาง (Two-tailed test) และกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\alpha = .05$)

ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 160 คน ส่วนมากมีอายุน้อยกว่า 25 ปี (ร้อยละ 38.8) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 27.34 ± 5.56 ปี มีชั้นยศเป็นจำเแก (ร้อยละ 43.8) สังกัดอยู่ในกองพันทหารราบที่ 3 กรมทหารราบที่ 1 (ร้อยละ 39.4) ระดับการศึกษาปวช./ปวส. (เทียบเท่าโรงเรียนจ่า) (ร้อยละ 92.5) ระยะเวลารับราชการน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 54.4) โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 4 (IQR 2, 9.5) ปี เคยออกราชการสนามชายแดน จชต/จันทบุรี/ตราด/นรข. (ร้อยละ 52.5) และไม่เคยฝึกอบรมหลักสูตรของกองทัพบเรือ (ร้อยละ 71.8) (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย (n = 160) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
ชั้นยศ	
พันจ่าเอก	21 (13.1)
พันจ่าโท	8 (5.0)
พันจ่าตรี	12 (7.5)
จ่าเอก	70 (43.8)
จ่าโท	17 (10.6)
จ่าตรี	32 (20.0)
สังกัด	
กองพันทหารราบที่ 1 รักษาพระองค์ กรมทหารราบที่ 1	35 (21.9)
กองพันทหารราบที่ 3 กรมทหารราบที่ 1	63 (39.4)
กองพันทหารราบที่ 5 กรมทหารราบที่ 2	62 (38.7)
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	12 (7.5)
ปวช./ปวส. (เทียบเท่าโรงเรียนจ่า)	148 (92.5)
ระยะเวลารับราชการ (ปี), median (IQR: Q1,Q3)	
< 5	87 (54.4)
5 - 10	49 (30.6)
> 10	24 (15.0)
การออกราชการชายแดน	
เคย, ราชการสนามชายแดน จชต/จันทบุรี/ตราด/นรข.	84 (52.5)
ไม่เคย	76 (47.5)
การฝึกอบรมหลักสูตรของกองทัพอากาศ, n (%)	
ไม่เคย	115 (71.8)
ส่งทางอากาศ (Airborne)	27 (16.9)
ลาดตระเวนสะเทินน้ำสะเทินบกและจุโจมนาวิกโยธิน (Reconnaissance)	3 (1.9)
ส่งทางอากาศ, ลาดตระเวนสะเทินน้ำสะเทินบกและจุโจมนาวิกโยธิน	15 (9.4)

การประเมินความรู้การห้ามเลือด พบว่า คะแนนความรู้การห้ามเลือดก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.73 ± 1.88 คะแนน และหลังทดลองเท่ากับ 8.71 ± 1.38 คะแนน ซึ่งแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 3.98 คะแนน (95% CI 3.70, 4.26)

การประเมินทัศนคติการห้ามเลือดพบว่า คะแนนทัศนคติที่มีต่อการห้ามเลือดก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.68 ± 3.42 คะแนน และหลังทดลองเท่ากับ 15.57 ± 3.06 คะแนน ซึ่งแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 7.89 คะแนน (95% CI 7.33, 8.44)

การประเมินทักษะการห้ามเลือดก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.64 ± 3.09 คะแนน และหลังทดลองเท่ากับ 11.40 ± 0.83 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 6.76 คะแนน (95% CI 6.27, 7.24) เมื่อแบ่งเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการใช้สายรัดห้ามเลือด คะแนนเพิ่มขึ้น 4.46 คะแนน (95% CI 4.10, 4.83) และด้านการกดบาดแผลคะแนนเพิ่มขึ้น 2.29 คะแนน (95% CI 2.07, 2.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้การห้ามเลือด ทักษะการห้ามเลือด และทักษะการห้ามเลือด ระหว่างก่อนและหลังทดลอง (n = 160)

	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Mean difference (95% CI)	t	p-value
ความรู้การห้ามเลือด	4.73 ± 1.88	8.71 ± 1.38	3.98 (3.70, 4.26)	27.82*	< .001
ทัศนคติที่มีต่อการห้ามเลือด	7.68 ± 3.42	15.57 ± 3.06	7.89 (7.33, 8.44)	28.19*	< .001
ทักษะการห้ามเลือด	4.64 ± 3.09	11.40 ± 0.83	6.76 (6.27, 7.24)	27.55*	< .001
ทักษะการใช้สายรัดห้ามเลือด	2.96 ± 2.27	7.42 ± 0.82	4.46 (4.10, 4.83)	24.05*	< .001
ทักษะการกดบาดแผล	1.69 ± 1.34	3.98±0.14	2.29 (2.07, 2.50)	21.25*	< .001

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test, * p < .05

การเปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่มีต่อการห้ามเลือดหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าคะแนนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่มีต่อการห้ามเลือดของผู้ที่เคยออกรายการชายแดนมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยออกรายการชายแดน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (8.43 ± 3.39 และ 7.29 ± 3.62 คะแนน ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามตัวแปรอายุ ชั้นยศ สังกัด ระดับการศึกษา ระยะเวลารับราชการ และการฝึกอบรมหลักสูตรของกองทัพบก ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ขณะที่การเปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงความรู้และทักษะการห้ามเลือดหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มตัวแปรอายุ ชั้นยศ สังกัด ระดับการศึกษา ระยะเวลารับราชการ การออกรายการชายแดน และการฝึกอบรมหลักสูตรของกองทัพบก ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะการห้ามเลือด และทักษะการห้ามเลือดหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำแนกตามอายุ ชั้นยศ สังกัด ระดับการศึกษา ระยะเวลารับราชการ การออกรายการชายแดน และการฝึกอบรมหลักสูตรของกองทัพบก (n = 160)

ปัจจัย	จำนวน	ความรู้การห้ามเลือด		ทัศนคติที่มีต่อการห้ามเลือด		ทักษะการห้ามเลือด	
		Mean change (± SD)	Test statistic, p-value	Mean change (± SD)	Test statistic, p-value	Mean change (± SD)	Test statistic, p-value
อายุ (ปี)							
< 25	62	3.74 ± 1.92	F = 1.13, .327 ⁺	7.19 ± 3.52	F = 2.17, .118 ⁺	6.87 ± 2.87	F = 0.18, .838 ⁺
25 - 30	60	4.23 ± 1.76		8.15 ± 3.21		6.57 ± 3.36	
> 30	38	3.97±1.70		8.61±3.94		6.86±3.11	
ชั้นยศ							
พันจ่าเอก	21	3.76 ± 1.79	F = 0.33, .891 ⁺	7.38 ± 3.98	F = 1.82, .112 ⁺	6.57 ± 2.86	F = 0.91, .477 ⁺
พันจ่าโท	8	3.75 ± 1.58		9.25 ± 4.13		6.88 ± 3.14	
พันจ่าตรี	12	4.50 ± 1.73		9.75 ± 3.31		7.67 ± 3.34	
จ่าเอก	70	4.06 ± 1.72		8.04 ± 3.09		6.31 ± 3.38	
จ่าโท	17	3.88 ± 1.87		8.18 ± 2.86		6.64 ± 2.52	
จ่าตรี	32	3.88 ± 2.14		6.69 ± 4.15		7.53 ± 2.79	



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และทักษะการห้ามเลือดหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำแนกตามอายุ ชั้นยศ สังกัด ระดับการศึกษา ระยะเวลาราชการ การออกราชการชายแดน และการฝึกอบรมหลักสูตรของกองทัพบเรือ (n = 160) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ความรู้การห้ามเลือด		ทัศนคติที่มีต่อการห้าม		ทักษะการห้ามเลือด	
		Mean change (± SD)	Test statistic, p-value	Mean change (± SD)	Test statistic, p-value	Mean change (± SD)	Test statistic, p-value
สังกัด							
กองพันทหารราบที่ 1 รักษาพระองค์ กรมทหารราบที่ 1	35	4.11 ± 1.84		8.26 ± 3.19		6.80 ± 3.09	
กองพันทหารราบที่ 3 กรมทหารราบที่ 1	63	3.89 ± 1.79	F = 0.18, .837 [†]	7.89 ± 3.80	F = 0.30, .743 [†]	6.49 ± 2.91	F = 0.42, .658 [†]
กองพันทหารราบที่ 5 กรมทหารราบที่ 2	62	4.00 ± 1.84		7.68 ± 3.49		7.00 ± 3.32	
ระดับการศึกษา							
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	12	4.92 ± 1.08		7.33 ± 3.20		5.75 ± 3.33	
ปวช./ปวส. (เทียบเท่าโรงเรียนจำ)	148	3.91 ± 1.84	t = -1.87, .063 [‡]	7.93 ± 3.57	t = 0.57, .574 [‡]	6.84 ± 3.08	t = 1.17, .244 [‡]
ระยะเวลารับราชการ (ปี)							
< 5	87	3.74 ± 1.90		7.33 ± 3.59		6.68 ± 2.89	
5 - 10	49	4.43 ± 1.62	F = 2.34, .099 [†]	8.67 ± 2.91	F = 2.48, .087 [†]	7.16 ± 3.67	F = 0.82, .441 [†]
> 10	24	3.96 ± 1.76		8.29 ± 4.25		6.21 ± 2.54	
การออกราชการชายแดน							
เคย, ราชการสมทบชายแดน	84	4.13 ± 1.68		8.43 ± 3.39		6.82 ± 3.11	
จชต/จันทบุรี/ตราด/นรข.			t = -1.10, .273 [‡]		t = -2.05*, .042 [‡]		t = -0.29, .781 [‡]
ไม่เคย	76	3.82 ± 1.94		7.29 ± 3.62		6.68 ± 3.12	
การฝึกอบรมหลักสูตรของกองทัพบเรือ							
ไม่เคย	115	3.98 ± 1.82	t = 0.02, .988 [‡]	7.69 ± 3.57	t = -1.15, .253 [‡]	6.94 ± 3.14	t = 1.19, .234 [‡]
เคย	45	3.98 ± 1.80		8.40 ± 3.45		6.29 ± 2.99	

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ One-way ANOVA[†] และ Independent t-test[‡], * p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการห้ามเลือดที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และทักษะการห้ามเลือดของกำลังพลพร้อมรบสูงของกองทัพเรือได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.98 คะแนน ทักษะเพิ่มขึ้น 7.89 คะแนน และทักษะเพิ่มขึ้น 6.76 คะแนน ($p < .001$ ทุกด้าน) สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการฝึกอบรมที่ออกแบบบนพื้นฐานของการบรรยายเชิงเนื้อหาที่กระชับควบคู่กับการฝึกปฏิบัติจริงและการจำลองสถานการณ์ เหมาะสมกับบริบทของกำลังพลพร้อมรบสูงที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินจากภาวะเลือดออกได้บ่อยในการกิจสนามรบหรือภารกิจด้านความมั่นคง

ด้านความรู้การห้ามเลือด ผลที่พบสอดคล้องกับหลักการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามแนวคิดของ Kolb ที่ระบุว่า การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพเกิดจากวงจร 4 ขั้นตอน ได้แก่ การมีประสบการณ์รูปธรรม การไตร่ตรอง การสร้างแนวคิด และการทดลองปฏิบัติจริง¹⁵ โปรแกรมนี้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้ผ่านกระบวนการทั้งสี่อย่างครบถ้วน ผ่านการบรรยายสั้นๆ ที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของการห้ามเลือดตั้งแต่จุดเกิดเหตุ การอธิบายลักษณะบาดแผล วิธีใช้เครื่องมือและข้อบ่งชี้ของแต่ละเทคนิค จากนั้นจึงต่อยอดด้วยการสาธิตและให้ลงมือปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลอง ทำให้ผู้เข้าร่วมไม่เพียงแต่ “จำได้” ตามเนื้อหา แต่สามารถเชื่อมโยงความรู้เข้ากับภาพจำของสถานการณ์จริง เกิดเป็นความเข้าใจเชิงลึกและนำไปสู่การจดจำระยะยาว ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Consunji และคณะ¹¹ ที่รายงานว่าหลังการอบรมหลักสูตร Stop the Bleed ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการห้ามเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของหลักสูตรที่เน้นทั้งเนื้อหาและการฝึกปฏิบัติ ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของ Perez DB และคณะ¹⁶

ซึ่งใช้สื่อจำลองสถานการณ์แบบต้นทุนต่ำในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ก็พบว่าคะแนนความรู้หลังการฝึกอบรมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ และยังคงอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนฝึกอบรมเมื่อประเมินซ้ำหลัง 3 เดือน แสดงให้เห็นว่าการฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลองช่วยเสริมให้ความรู้คงอยู่ในระยะยาวได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่ใช้สถานการณ์จำลองเป็นองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรม

ด้านทัศนคติที่มีต่อการห้ามเลือด ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมมีทัศนคติที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทั้งในแง่ความเชื่อ ความมั่นใจ และความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Ajzen's theory of planned behavior ที่ระบุว่า การรับรู้ถึงความสำคัญของพฤติกรรมร่วมกับการมีประสบการณ์และความรู้ที่เพียงพอจะส่งผลต่อเจตคติและความตั้งใจในการปฏิบัติ¹⁷ โปรแกรมนี้ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการบรรยายเชิงทฤษฎี แต่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้อภิปราย แบ่งปันประสบการณ์ และสะท้อนคิดต่อสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับประสบการณ์จริงในการกิจชายแดนและภารกิจด้านความมั่นคง การฝึกปฏิบัติในฐานกิจกรรมต่างๆ เช่น ฐานการใช้สายรัดห้ามเลือด การอุดบาดแผล การพันแผล และฐานสถานการณ์จำลอง ทำให้ผู้เข้าร่วมได้เห็นผลลัพธ์ของการกระทำตนเองอย่างเป็นรูปธรรม สามารถหยุดเลือดในหุ่นจำลองได้จริงในเวลาที่กำหนด ประสบการณ์แห่งความสำเร็จนี้สอดคล้องกับแนวคิด Self-efficacy ของ Bandura ที่ชี้ว่า “ความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติ” เป็นปัจจัยหลักที่ช่วยยกระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรม¹⁸ นอกจากนี้การสนับสนุนอย่างใกล้ชิดจากวิทยากรและครูฝึกที่มีประสบการณ์ในพื้นที่เสี่ยง ช่วยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ปลอดภัย เป็นมิตร และเอื้อต่อการซักถาม ทำให้ผู้เข้าร่วมกล้าลองผิดลองถูกและยอมรับคำปรับปรุงได้ง่ายขึ้น



ส่งผลให้ทัศนคติที่มีต่อการห้ามเลือดเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานของ Schroll และคณะ¹⁹ ซึ่งพบว่า การฝึกอบรมการห้ามเลือดสามารถเพิ่มระดับความมั่นใจของผู้เข้าอบรมทั้งกลุ่มที่มีและไม่มีพื้นฐานทางการแพทย์ได้ อย่างมีนัยสำคัญ

ในมิติของทักษะการปฏิบัติการห้ามเลือด โปรแกรมนี้ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (Hands-on practice) อย่างต่อเนื่อง ผ่านการฝึกใช้สายรัดห้ามเลือด การกดห้ามเลือด และการพันแผลภายใต้แรงกดดันด้านเวลาที่จำลองให้ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง การจัดกิจกรรมในลักษณะนี้สอดคล้องกับแนวคิด Fitts and Posner's three stages of learning ที่อธิบายว่า ทักษะจะพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อผู้เรียนได้รับคำแนะนำที่ชัดเจนในระยะต้น ฝึกซ้ำจนเกิดความคล่องแคล่ว และในที่สุดสามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติ²⁰ นอกจากนี้การที่ผู้เข้าร่วมสามารถปฏิบัติทักษะบางขั้นตอน เช่น การวางสายรัดเหนือบาดแผล และการอุดบาดแผลด้วยก้อนขี้ผึ้งได้ถูกต้องครบถ้วน (ร้อยละ 100) ภายหลังการทดลอง เนื่องจากการจัดการเรียนรู้ในรูปแบบการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด และการสะท้อนผลทันที (Intensive coaching with immediate feedback) โดยครูฝึกในระหว่างการฝึกปฏิบัติรายบุคคลและสถานการณ์จำลองอย่างเข้มข้น ช่วยลดข้อผิดพลาดในขั้นตอนสำคัญ เช่น การวางตำแหน่งสายรัดห้ามเลือด การออกแรงดึงที่เพียงพอ หรือการกดบาดแผลอย่างถูกเทคนิค หากพบว่าผู้รับการฝึกปฏิบัติผิดขั้นตอนในระหว่างสถานการณ์ฝึก ครูฝึกจะทำการหยุดและให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขให้ถูกต้องในทันที ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมเกิดการเรียนรู้เชิงกล้ามเนื้อ (Muscle memory) และจดจำลำดับขั้นตอนที่ถูกต้องได้ดีขึ้น ผลที่พบว่าการอบรมเพิ่มคะแนนทักษะรวมได้มากกว่า 2 เท่าหลังการอบรมจึงสอดคล้องกับงานของ Schroll และคณะ¹⁹

และของ Goolsby และคณะ²¹ ที่ยืนยันว่าการเรียนรู้แบบมีผู้สอนและการฝึกปฏิบัติจริงให้ผลดีกว่าการเรียนรู้ผ่านสื่อออนไลน์เพียงอย่างเดียวในการพัฒนาทักษะการห้ามเลือด

อย่างไรก็ตามจากผลการประเมินทักษะการปฏิบัติการห้ามเลือด พบว่า บางขั้นตอนยังไม่สามารถบรรลุความถูกต้องได้ครบถ้วนร้อยละ 100 ภายหลังการทดลอง โดยเฉพาะขั้นตอนที่มีความซับซ้อนและต้องอาศัยการตัดสินใจการห้ามเลือดหรือการตรวจประเมินซ้ำ เช่น การตรวจชีพจรหลังการใช้สายรัดห้ามเลือด การล็อกแกนหมุนให้มั่นคง การตรวจสอบการหยุดเลือดซ้ำ และการบันทึกเวลาการใช้สายรัดห้ามเลือด ถึงแม้จะมีสัดส่วนความถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง อาจเนื่องจากทักษะที่ต้องอาศัยลำดับขั้นตอนหลายขั้น การรับรู้รายละเอียด หรือการประเมินผลหลังการปฏิบัติ จำเป็นต้องใช้เวลาในการฝึกซ้ำ แม้ผู้เข้าร่วมจะสามารถปฏิบัติการห้ามเลือดขั้นต้นได้อย่างถูกต้องแล้วก็ตาม นอกจากนี้สภาพแวดล้อมของการฝึกที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและจำนวนสถานีฝึก อาจส่งผลให้ผู้เข้าร่วมให้ความสำคัญกับขั้นตอนหลักของการหยุดเลือดมากกว่าขั้นตอนการตรวจสอบและการบันทึก ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้บ่อยในสถานการณ์ฉุกเฉินจริง ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นว่า แม้โปรแกรมการฝึกอบรมระยะเวลา 5 ชั่วโมงจะมีประสิทธิภาพสูงในการพัฒนาทักษะการห้ามเลือดโดยรวม แต่การเสริมการฝึกซ้ำในขั้นตอนที่มีความซับซ้อน เช่น การประเมินผลหลังการห้ามเลือดและการจัดการรายละเอียดการห้ามเลือด อาจช่วยเพิ่มความสำเร็จของทักษะให้ครอบคลุมทุกขั้นตอนได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญสำหรับการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมในระยะยาว

เมื่อพิจารณาปัจจัยพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และทักษะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญตามอายุ ชั้นยศ สังกัด

ระดับการศึกษา ระยะเวลารับราชการ และประวัติการอบรมหลักสูตรของกองทัพเรือ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพอย่างเท่าเทียมในทุกกลุ่มย่อยและสามารถใช้ได้กับกำลังพลที่มีลักษณะพื้นฐานแตกต่างกัน ซึ่งสะท้อนว่ารูปแบบการฝึกอบรมที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติจริง และการให้คำแนะนำรายบุคคลจากผู้เชี่ยวชาญ สามารถลดข้อจำกัดด้านความแตกต่างระหว่างบุคคลและเปิดโอกาสให้ทุกคนพัฒนาศักยภาพได้เต็มตามความสามารถของตนเอง อย่างไรก็ตามด้านทัศนคติพบความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่เคยปฏิบัติราชการชายแดนมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติราชการชายแดน ($p = .042$) ซึ่งอาจสะท้อนว่าผู้ที่เคยผ่านสถานการณ์เสี่ยงจริงมีการรับรู้ภัยคุกคามและเห็นคุณค่าของทักษะการห้ามเลือดมากกว่าเดิมจึงตอบสนองต่อโปรแกรมได้ลึกซึ้งกว่า ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Almutairi และคณะ¹² ที่พบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์ช่วยเหลือเหตุฉุกเฉินมีแนวโน้มให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่มีภาวะเลือดออกมากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ และ Consunji และคณะ¹¹ ที่รายงานว่า ผู้ที่เคยปฐมพยาบาลหรือห้ามเลือดมาก่อนมีความเต็มใจ ความสะดวกใจ และความมั่นใจในการใช้สายรัดห้ามเลือดสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้

โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการห้ามเลือดที่ใช้ในงานวิจัยนี้มีจุดแข็งสำคัญ คือ ความเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับสถานการณ์จริง ทั้งในสนามรบและเหตุฉุกเฉินทั่วไป เนื้อหาครอบคลุมตั้งแต่ทฤษฎีการสาธิต ไปจนถึงการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมสามารถเชื่อมโยงความรู้กับการปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ทำให้มีความน่าเชื่อถือและเหมาะสมกับบริบทของกำลังพล อีกทั้งผลการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และทักษะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .001$) ตอกย้ำถึงประสิทธิผลของโปรแกรม นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างมีพื้นฐานคล้ายคลึงกัน เช่น อายุและประสบการณ์ราชการ ช่วยลดความแปรปรวนจากปัจจัยรบกวนได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ ได้แก่ การออกแบบแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังที่ไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถตัดอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกทั้งหมดได้ รวมถึงการที่กลุ่มตัวอย่างจำกัดอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออก อาจไม่สามารถสรุปผลไปยังกลุ่มอื่นได้อย่างครอบคลุม การประเมินระยะสั้นหลังอบรมยังไม่สะท้อนการคงอยู่ของผลในระยะยาว อีกทั้งการประเมินทักษะอาจมีอคติระหว่างผู้ประเมิน และอุปกรณ์ฝึกมีราคาสูงอาจจำกัดการขยายผล แม้จะได้รับการสนับสนุนจาก JUSMAG Thai ผลลัพธ์โดยรวมยังชี้ว่าโปรแกรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติและสถานการณ์จำลองมีศักยภาพสูงและควรได้รับการพัฒนาเป็นหลักสูตรมาตรฐานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองภาวะฉุกเฉิน ทั้งหน่วยงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (เช่น สภ.ฉ.) หน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรมการปกครอง รวมถึงกองทัพทั้งสามเหล่าทัพ บรรจุโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการห้ามเลือดไว้ในหลักสูตรประจำปีของบุคลากร เพื่อยกระดับความพร้อมและความสามารถในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในภาวะฉุกเฉิน

2. จัดให้มีการทบทวนหรืออบรมซ้ำอย่างต่อเนื่องทุก 6 - 12 เดือน สำหรับกำลังพลสายแพทย์หรือกำลังพลที่เคยได้รับการอบรมการห้ามเลือดมาก่อนโดยผู้ฝึกอบรมเป็นกำลังพลสายแพทย์ที่ได้รับการฝึกมาแล้ว เพื่อให้ทักษะการปฏิบัติการห้ามเลือดมีความคงอยู่และเพิ่มความมั่นใจในการใช้อุปกรณ์ห้ามเลือดในสถานการณ์จริง



3. หน่วยบัญชาการนาวิกโยธินควรกำหนดนโยบายให้หน่วยระดับกองพันจัดทำ “Unit School” โดยบรรจุโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการห้ามเลือดระยะเวลา 5 ชั่วโมง ที่ผ่านการวิจัยนี้เป็นหลักสูตรบังคับที่อยู่ในแผนการเตรียมความพร้อมสำหรับกำลังพลทุกนายก่อนการออกราชการสนาม เพื่อเสริมสร้างความพร้อมด้านทักษะการช่วยชีวิตในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบและทุกปีอย่างต่อเนื่อง

4. นำโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการห้ามเลือดไปประยุกต์ใช้ในภาคประชาชนควรยึดขอบเขตของทักษะตามผลการวิจัยที่พิสูจน์แล้วว่าสามารถฝึกฝนได้จริงภายในระยะเวลา 5 ชั่วโมง ทั้งนี้ควรปรับลดความซับซ้อนของอุปกรณ์และภาษาเทคนิคทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับบริบทพลเรือนรวมถึงปรับสถานการณ์จำลองจากบริบทการสู้รบเป็นเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. Jacobs L, Keating JJ, Hunt RC, Butler FK, Pons PT, Gestring M, et al. Stop the Bleed®. Curr Probl Surg 2022;59(10):101193.
2. Montgomery HR, Drew B, Torrisi J, Adams MG, Remley MA, Rich TA, et al. TCCC guidelines comprehensive review and edits 2020: TCCC guidelines change 20-05 01 November 2020. J Spec Oper Med 2021;21(2):122-7.
3. Deaton TG, Drew B, Montgomery HR, Butler FK, Jr. Tactical Combat Casualty Care (TCCC) guidelines: 25 January 2024. J Spec Oper Med 2024;24(1):100-8.
4. Montgomery HR, Hammesfahr R, Fisher AD, Cain JS, Greydanus DJ, Butler FK, Jr., et al. 2019 recommended limb tourniquets in Tactical Combat Casualty Care. J Spec Oper Med 2019;19(4):27-50.
5. Sripitak C, Borwornchai D. Security management system on crime: a case study of active shooting at Terminal 21 Korat Shopping Mall, Nakhon Ratchasima. The Journal of Research and Academics 2024;7(2):213-31. (in Thai).
6. Chokkhonchitchai S. The Nong Bua Lamphu mass shooting: preventive public health measures. Journal of the Preventive Medicine Association of Thailand 2023;12(3):iv. (in Thai).

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

1. เพิ่มการออกแบบการวิจัยให้มีกลุ่มควบคุม (Controlled trial) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรม
2. ติดตามประเมินผลในระยะยาวเพื่อศึกษาการคงอยู่ของความรู้ ทักษะ และทักษะหลังการอบรม 3 - 6 เดือน
3. ขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังหน่วยงานอื่นหรือประชากรพลเรือน เช่น หน่วยกู้ภัย หรืออาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมในบริบทที่หลากหลาย
4. เพิ่มตัวชี้วัดเชิงพฤติกรรมหรือสถานการณ์จำลองจริง เพื่อประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์ภาคสนามมากขึ้น
5. ควบคุมอิทธิพลตัวแปรแทรกซ้อน เช่น การแสวงหาความรู้ การฝึกฝนด้วยตนเอง เป็นต้น ในแผนการวิเคราะห์ทางสถิติ



7. Sornsriwichai W. Report on injury surveillance from violent incidents in the southern border provinces, January 2007 – December 2008. *Weekly Epidemiological Surveillance Report* 2009;40(10):429-36. (in Thai).
8. Jacobs L, Burns KJ. The Hartford consensus to improve survivability in mass casualty events: process to policy. *Am J Disaster Med* 2014;9(1):67-71.
9. Borgers F, Van Boxstael S, Sabbe M. Is tactical combat casualty care in terrorist attacks suitable for civilian first responders? *J Trauma Acute Care Surg* 2021;91(4):e86-92.
10. Tang X, Nie Y, Wu S, DiNenna MA, He J. Effectiveness of "Stop the Bleed" courses: a systematic review and meta-analysis. *J Surg Educ* 2023;80(3):407-19.
11. Consunji R, Mekkodathil A, Abdelrahman H, El-Menyar A, Peralta R, Rizoli S, et al. Can "Stop The Bleed" training courses for laypersons improve hemorrhage control knowledge, skills, and attitudes? A systematic review. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2024;50(6):2775-98.
12. Almutairi ME, Alharbi AF, Almutairi KO, Alharbi SE, Alsuliamani A, Aljuraishi FN, et al. Community awareness and engagement in bleeding control: a cross-sectional study. *The Journal of Medicine, Law & Public Health* 2024;4(4):447-54.
13. Lakens D. Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Front Psychol* 2013;4:863.
14. Gowen JT, Sexton KW, Thrush C, Privratsky A, Beck WC, Taylor JR, et al. Hemorrhage-Control Training in Medical Education. *J Med Educ Curric Dev* 2020;7:2382120520973214.
15. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1984.
16. Perez DB, Ibanez LM, Chica PG, Sanz ID, Arrastia MR, Roman P, et al. Effectiveness of a haemorrhage-control task simulator for training nursing students: a quasi-experimental before-after study. *J Nurs Manag* 2024;2024:9730765.
17. Ajzen I. *Attitudes, personality, and behavior*. 2nd ed. New York: Open University Press; 2005.
18. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman; 1997.
19. Schroll R, Smith A, Martin MS, Zeoli T, Hoof M, Duchesne J, et al. Stop the bleed training: rescuer skills, knowledge, and attitudes of hemorrhage control techniques. *J Surg Res* 2020;245:636-42.
20. Kee YH. Reflections on athletes' mindfulness skills development: Fitts and Posner's (1967) three stages of learning. *J Sport Psychol Action* 2019;10(4):214-9.
21. Goolsby C, Rojas LE, Rodzik RH, Gausche-Hill M, Neal M, Levy MJ. High-school students can stop the bleed: a randomized, controlled educational trial. *Acad Pediatr* 2021;21(2):321-8.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ในเขตสุขภาพที่ 6 Health Literacy and Role Performance of Prison Health Volunteers in Health Region 6

เบญจมาศ นิลศิริ* สุนิสา แสงจันทร์**

Benjamat Ninsiri,* Sunisa Sangjun**

* นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

* Student in Master of Public Health Program (Public Health), Faculty of Public Health, Burapha University,
Chonburi Province

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

** Faculty of Public Health, Burapha University, Chonburi Province

** Corresponding Author: sunisas@go.buu.ac.th

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการสร้างเสริมศักยภาพการปฏิบัติงานของผู้ต้องขังที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสามารถทำนายการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำในเขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ต้องขังที่เป็น อสรจ. จำนวน 332 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย รวมเรือนจำ 10 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 6 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของ อสรจ. ในเขตสุขภาพที่ 6 ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ค่าความตรงตามเนื้อหาค่าที่ได้ 0.6 - 1 ความยากง่ายของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ 0.27 - 0.8 การวิเคราะห์อำนาจจำแนก ค่าที่ได้ 0.20 - 0.91 และความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ KR-20 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในระดับที่น่าเชื่อถือ โดยค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านที่ 1 เท่ากับ 0.79 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้านอื่นๆ อยู่ในช่วง 0.86 - 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการถดถอยพหุคูณ กำหนดค่าความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ อสรจ. เป็นเพศชายร้อยละ 90.66 อายุเฉลี่ย 35.9 ปี (SD = 7.91) ระยะเวลาการเป็น อสรจ. เฉลี่ย 18.5 เดือน (SD = 10.94) ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 44.58 การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสรจ. ภาพรวมในระดับดี ร้อยละ 33.73 รองลงมา คือ ระดับดีมาก ร้อยละ 27.41 โดยปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติงานของ อสรจ. คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาการเป็น อสรจ. (B = .099, 95% CI = .044 - .153) 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (B = .344, 95% CI = .016 - .671) ทักษะการสื่อสาร (B = .63,

Received: June 20, 2025; Revised: July 24, 2025; Accepted: August 25, 2025

95% CI = .188 - 1.072) ทักษะการจัดการตนเอง (B = .46, 95% CI = .072 - .848) และการรู้เท่าทันสื่อ (B = .715, 95% CI = .365 - 1.065) สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติงานของ อสรจ. ได้ร้อยละ 34.9 ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนพัฒนาและจัดอบรมเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของ อสรจ. โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ตลอดจนการสนับสนุนให้ อสรจ. รุ่นพี่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงแก่รุ่นใหม่ เพื่อยกระดับศักยภาพในการปฏิบัติงานของ อสรจ. ให้สามารถส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเรือนจำได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การปฏิบัติงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ

Abstract

Health literacy plays a crucial role in enhancing the operational capabilities of inmates serving as Prison Health Volunteers (PHVs). This analytical cross-sectional study aimed to examine how personal factors and components of health literacy in health promotion and disease prevention could predict the role performance of PHVs in Health Region 6. A total of 332 inmates who served as PHVs were selected using simple random sampling from 10 correctional facilities within Health Region 6. Data were collected using a questionnaire measuring health literacy in health promotion and disease prevention, as well as the role performance of PHVs in Health Region 6. Instrument quality was evaluated through several measures. Content validity scores ranged from 0.6 to 1.0. The difficulty index of the health literacy questionnaire was within the acceptable range of 0.27 to 0.80. Discrimination indices ranged from 0.20 to 0.91. Reliability was assessed using KR-20 and Cronbach's alpha coefficients, which demonstrated acceptable internal consistency. The reliability coefficient for the first dimension of the health literacy questionnaire was 0.79, while other dimensions ranged from 0.86 to 0.95. Data were collected using a questionnaire developed by the researcher. Descriptive statistics and multiple regression analysis were employed to analyze the data, with a significance level set at .05.

The study found that the majority of PHVs were male (90.66%), with a mean age of 35.9 years (SD = 7.91). The average duration of being a PHV was 18.5 months (SD = 10.94). Most participants demonstrated overall health literacy at a very good level (44.58%). Regarding their role performance, the majority were rated at a good level (33.73%), followed by a very good level (27.41%). Factors that significantly predict the role performance of PHVs included: (1) personal factor—duration of being a PHV (B = .099, 95% CI = .044 - .153); and (2) health literacy factors—access to health information and services (B = .344, 95% CI = .016 - .671), communication skills (B = .63, 95% CI = .188 - 1.072), self-management skills (B = .46, 95% CI = .072 - .848), and media literacy (B = .715, 95% CI = .365 - 1.065). These variables collectively explained 34.9% of the variance in PHVs' performance. The study findings can inform the development of training programs aimed at strengthening the capacity of PHVs, particularly in improving access to

health information and services, communication skills, self-management, and media literacy. Furthermore, encouraging experienced PHVs to serve as mentors for newer volunteers may enhance operational performance and contribute to more effective health promotion and disease prevention efforts within correctional settings.

Keywords: role performance, health literacy, prison health volunteers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีผู้ต้องขังเกินกว่าความจุของเรือนจำนับเป็นอันดับ 6 ของโลก อันดับ 3 ของเอเชีย และเป็นอันดับ 1 ของอาเซียน โดยที่มีผู้ต้องขังมากเกิน 3 แสนคน แต่เรือนจำสามารถรองรับผู้ต้องขังได้ประมาณ 120,000 คน ทำให้ปัญหาในเรื่องต่างๆ เช่น ความเป็นอยู่ที่แออัด ผู้ปฏิบัติงานในเรือนจำมีภาระงานมากและการขาดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่งบประมาณในการรักษาพยาบาลมีอยู่จำนวนมาก เป็นต้น ทำให้โรคติดต่อมีโอกาสที่จะแพร่กระจายของเชื้อโรคได้อย่างรวดเร็วและมีอาการรุนแรงมากขึ้น¹ กรมราชทัณฑ์ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนการพัฒนาศักยภาพผู้ต้องขังโดยการอบรมผู้ต้องขังให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) เพื่อเป็นผู้ช่วยเหลืองานพยาบาลเรือนจำ ให้ความรู้ ทักษะ ทักษะประสบการณ์ตามบทบาทและสามารถนำไปปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างสรรค์พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ฝึกระวัง คัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ดูแลช่วยเหลือและถ่ายทอดความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตลอดจนดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพกลุ่มผู้ต้องขัง โดยอัตราส่วนผู้ต้องขัง จำนวน 50 คน ต่อ อสรจ. จำนวน 1 คน²

ในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ สมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว พบว่า เรือนจำ ร้อยละ 80 (8 แห่งจาก 10 แห่ง) มีจำนวนผู้ต้องขังเกินขีดความสามารถ³ ซึ่งนำไปสู่สภาพแวดล้อมที่มีความแออัดและส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของผู้ต้องขัง

โดยพบอัตราการติดเชื้อในผู้ต้องขังแรกรับสูง ได้แก่ ซิฟิลิส ร้อยละ 3.90 ไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 2.10 เชื้อ HIV ร้อยละ 1.74 และวัณโรค ร้อยละ 0.90⁴ ตัวเลขเหล่านี้สะท้อนถึงช่องว่างที่สำคัญในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคภายในเรือนจำ กล่าวคือ ผู้ต้องขังจำนวนมากอาจยังขาดความตระหนักรู้และทักษะที่จำเป็นในการสังเกตอาการผิดปกติเบื้องต้นของตนเองและเพื่อนผู้ต้องขัง การป้องกันตนเองจากการสัมผัสเชื้อ และการตัดสินใจรายงานอาการป่วยให้เจ้าหน้าที่ทราบอย่างทันทั่วทั้งที่ ซึ่งทั้งหมดนี้ถือเป็นอุปสรรคโดยตรงต่อการตรวจจรรณการแพร่ระบาดของโรค และการสร้างสุขภาพที่ดีให้กับผู้ต้องขัง และแสดงถึงช่องว่างเชิงปฏิบัติการที่ อสรจ. ถูกคาดหวังให้เข้ามามีบทบาทสำคัญ เนื่องจาก อสรจ. ถือเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพคนแรกที่ใกล้ชิดกับผู้ต้องขัง และเป็นแกนนำด้านสุขภาพที่สำคัญ การพัฒนาระบบบริการทางสาธารณสุขในเรือนจำและส่งเสริมให้ผู้ต้องขังมีความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง สอดรับกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดในยุทธศาสตร์การยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การคัดกรองและเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพ⁵ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งประกอบด้วยทักษะสำคัญในการ 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ⁶ มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและช่วยให้

บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น⁷⁻⁸ งานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับ อสรจ. ชี้ให้เห็นว่าอาสาสมัครที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสามารถปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁹ นอกจากนี้งานวิจัยเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก็พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคเรื้อรัง¹⁰ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการปฏิบัติงานของอาสาสมัครด้านสุขภาพทั้งในบริบทชุมชนและภายในเรือนจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลโดยตรงต่อความสามารถของ อสรจ. ในการทำหน้าที่เฝ้าระวังโรค การให้คำแนะนำด้านสุขอนามัย และการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพภายในเรือนจำและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้ต้องขัง

อย่างไรก็ตามแม้ที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่ม อสม. ในชุมชนอย่างแพร่หลาย แต่สำหรับ อสรจ. ซึ่งมีบริบทการทำงานและสภาพแวดล้อมที่แตกต่างออกไป เช่น การเข้าถึงแหล่งข้อมูล การตัดสินใจ และการสื่อสาร รวมถึงด้านอื่นๆ กับผู้ต้องขัง ยังไม่เคยได้รับการศึกษาถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมายังขาดการวิเคราะห์เชิงสาเหตุหรือการทำนายบทบาทการปฏิบัติงานของ อสรจ. จากองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมในบริบทของเรือนจำ การศึกษานี้จึงมีเป้าหมายเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สามารถทำนายการปฏิบัติงานของ อสรจ. ในเขต

สุขภาพที่ 6 ซึ่งครอบคลุม 8 จังหวัดภาคตะวันออก โดยผลการศึกษจะเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมและปรับปรุงระบบสนับสนุน อสรจ. ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อันจะนำไปสู่การยกระดับการดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง และเตรียมความพร้อมสู่การคืนสู่สังคมอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

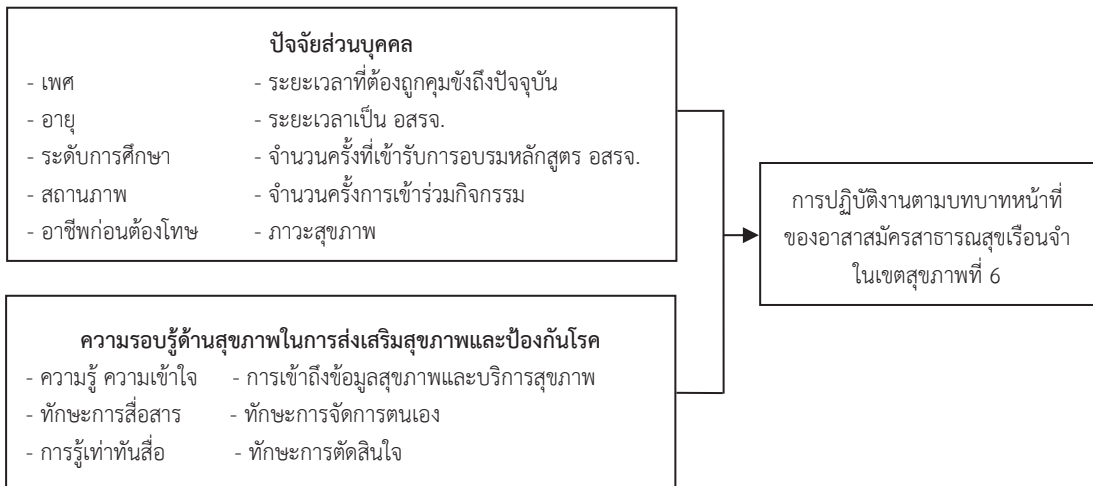
1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสรจ. ในเขตสุขภาพที่ 6
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สามารถทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสรจ. ในเขตสุขภาพที่ 6

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสามารถทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ในเขตสุขภาพที่ 6

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลและใช้กรอบแนวคิดตามองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบของกองสุศึกษา⁶ จะเป็นปัจจัยที่จะสามารถทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ในเขตสุขภาพที่ 6 ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยแบบเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytic cross-sectional research) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ในเขตสุขภาพที่ 6 ผู้วิจัยจึงได้กำหนดวิธีการดำเนินการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ต้องขังที่เป็น อสรจ. ในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวนเรือนจำ 10 แห่ง คือ เรือนจำกลางสมุทรปราการ เรือนจำจังหวัดสระแก้ว เรือนจำจังหวัดจันทบุรี เรือนจำกลางฉะเชิงเทรา เรือนจำกลางชลบุรี เรือนจำพิเศษพัทยา เรือนจำจังหวัดตราด เรือนจำจังหวัดปราจีนบุรี เรือนจำอำเภอกบินทร์บุรี และเรือนจำกลางระยอง จำนวน 1,383 คน¹¹

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ต้องขังที่เป็น อสรจ. ที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำ เขตสุขภาพที่ 6 ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมราชทัณฑ์ และผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร อสรจ. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie และ Morgan¹² ที่ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 301 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายหรือความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10¹³ รวมเป็น 332 คน จากนั้นกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละเรือนจำ และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใส่คืนจนครบตามจำนวนที่กำหนด

เกณฑ์คัดเข้า

1) ผู้ต้องขังที่ทำหน้าที่เป็น อสรจ. ซึ่งผ่านการอบรม อสรจ. และปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องในเรือนจำอย่างน้อย 6 เดือน

2) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี

3) ยินดีให้ข้อมูลตามแบบสอบถาม

เกณฑ์คัดออก

1) ผู้ต้องขังที่เป็น อสรจ. ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์

2) ผู้ต้องขังที่เป็น อสรจ. ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถามต่อ หรือถอนตัวระหว่างตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริม

สุขภาพและป้องกันโรคกับการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของ อสรจ. ในเขตสุขภาพที่ 6 มีทั้งหมด 3 ตอน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเครื่องมือประกอบด้วย 3 ตอน มีรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพก่อนต้องโทษ จำนวนครั้งการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสาธารณสุข ภาวะสุขภาพ มีลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ ส่วนอายุ ระยะเวลาที่ต้องถูกคุมขังถึงปัจจุบัน ระยะเวลาเป็น อสรจ. จำนวนครั้งที่เข้ารับการอบรมหลักสูตร อสรจ. มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเติมคำ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุศึกษา¹² จำนวน 30 ข้อ วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ จำนวน 10 ข้อ แบบ 4 ตัวเลือก ตรงตามเฉลยได้ 1 คะแนน ไม่ตรงเฉลยได้ 0 คะแนน 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ จำนวนด้านละ 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ มาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 และน้อยที่สุด = 1 และ 6) ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตามข้อความที่ถูกต้องมากที่สุดไปน้อยที่สุด เป็นระดับคะแนน 1 - 4 คะแนน คะแนนรวมแต่ละด้านและคะแนนรวมทั้งหมดใช้ระดับในการวัดข้อมูลแบบอันตรภาค โดยกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเป็น 4 กลุ่ม เพื่อให้สามารถตีความผลลัพธ์ในเชิงสัดส่วน ซึ่งแปลผลได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁶ คะแนนเต็มหรือค่าคะแนนสูงสุดของแต่ละด้านรวมถึงภาพรวม จะถูกคิดเป็นร้อยละ 100 และแบ่งกลุ่มระดับความรอบรู้

เป็นไม่ดี พอใช้ ดี และดีมาก ตามค่าร้อยละที่กำหนดไว้ดังนี้ ระดับไม่ดี น้อยกว่าร้อยละ 60 พอใช้ เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 60 - 69 ดี เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 70 - 79 และดีมาก เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเรื่องการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสรจ. มีจำนวน 11 ข้อ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือที่ไว้วัด แบ่งเป็นการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพ 5 ข้อและด้านการป้องกันโรค 6 ข้อ ลักษณะคำถามจะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (ปฏิบัติเป็นประจำ = 4 ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 3 ปฏิบัตินานๆ ครั้ง = 2 และ ไม่ปฏิบัติเลย = 1) คะแนนรวมทั้งหมดใช้ระดับในการวัดข้อมูลแบบอันตรภาค กำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนรวมเป็น 4 กลุ่ม ซึ่งแปลผลได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁶ แบ่งช่วงคะแนน ดังนี้ 11 - 26 คะแนน คือ ระดับไม่ดี 27 - 30 คะแนน คือ ระดับพอใช้ 31 - 35 คะแนน คือ ระดับดี และ 36 - 44 คะแนน คือ ระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัย จากนั้นนำแบบสอบถามเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) และนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้มีความเหมาะสม โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาค่า IOC รายข้อตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป¹⁴ ผลการตรวจสอบ พบว่า ค่า IOC รายข้อของเครื่องมือ

อยู่ระหว่าง 0.60 - 1 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้แก่ อสรจ. ของเรือนจำจังหวัดนครนายก จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1) การวิเคราะห์ความยากง่ายของข้อคำถาม (Item difficulty: P) วิเคราะห์เฉพาะข้อมูลในตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้านที่ 1 โดยกำหนดเกณฑ์ที่ยอมรับได้ 0.20 - 0.80¹⁵ ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.27 - 0.80

2) การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถาม (Item discrimination: r) วิเคราะห์ข้อมูลในตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และตอนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสรจ. โดยกำหนดเกณฑ์ค่าอำนาจจำแนกที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป¹⁶ ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.20 - 0.91

3) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) วิเคราะห์ข้อมูลในตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้านที่ 1 โดยใช้สูตร KR-20 กำหนดเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป¹⁶ ได้ค่าความเที่ยง 0.79 และวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้านที่ 2 - 6 และตอนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสรจ. โดยกำหนดเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป¹⁶ ได้ค่าความเที่ยง 0.86 - 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับกรมราชทัณฑ์ เพื่อขออนุญาตในการเข้าศึกษาวิจัย และประสานเรือนจำในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อขอความร่วมมือกับพยาบาลใน

เรือนจำให้เป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มเปราะบาง (Vulnerable groups) ผู้วิจัยจึงดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยได้นัดหมายกลุ่มเป้าหมาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมอย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆ ข้อมูลที่รวบรวมไม่มีการระบุตัวตน และจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยผู้ที่เข้าถึงข้อมูลได้มีเฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปีหลังการเผยแพร่ผลการศึกษา โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองพร้อมกันทั้งหมด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 45 นาที ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2567

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตามเอกสารรับรองที่ IRB3-097/2567 ตั้งแต่วันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 - 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสรจ. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สามารถทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสรจ. โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) ด้วยวิธี Stepwise กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งผลการวิจัยเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 90.66 โดยมีอายุ 30 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 71.69 (35.9 ± 7.91 ปี) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและต่ำกว่า ร้อยละ 58.65 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 78.92 สัดส่วนอาชีพก่อนต้องโทษมากที่สุด คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 46.39 ระยะเวลาที่ถูกคุมขังถึงปัจจุบันน้อยกว่า 56 เดือน ร้อยละ 64.76 (56.48 ± 45.89 เดือน) ระยะเวลาการเป็น อสรจ. น้อยกว่า 18 เดือน ร้อยละ 62.35 (18.5 ± 10.94 เดือน) จำนวนครั้งที่เข้ารับการอบรมหลักสูตร อสรจ. 1 - 2 ครั้ง ร้อยละ 86.45 ($1.65 \pm .99$ ครั้ง) จำนวนครั้งการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับ

สาธารณสุขระหว่าง 1 - 10 ครั้ง ร้อยละ 85.54 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.65

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผลการวิจัย พบว่า อสรจ. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 44.58) ผลรายด้าน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 49.70 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 49.09 ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับดีมากเช่นกัน คือ ร้อยละ 47.89, 55.12 และ 44.28 ตามลำดับ และพบว่าทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับพอใช้ 39.46 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละระดับคะแนนของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (n = 332 คน)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ				Mean (SD)
	ดีมาก จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	พอใช้ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	
1. ความรู้ความเข้าใจ	165 (49.70)	95 (28.61)	39 (11.75)	33 (9.94)	8.31 (1.33)
2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	163 (49.09)	97 (29.22)	50 (15.06)	22 (6.63)	12.8 (2.2)
3. ทักษะการสื่อสาร	159 (47.89)	100 (30.12)	58 (17.47)	15 (4.52)	12.71 (1.88)
4. ทักษะการจัดการตนเอง	183 (55.12)	101 (30.42)	36 (10.84)	12 (3.62)	13.14 (1.95)
5. การรู้เท่าทันสื่อ	147 (44.28)	102 (30.72)	45 (13.55)	38 (11.45)	12.47 (2.13)
6. ทักษะการตัดสินใจ	111 (33.43)	51 (15.36)	131 (39.46)	39 (11.75)	11.76 (2.04)
7. ความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ภาพรวม	148 (44.58)	146 (43.98)	37 (11.14)	1 (.3)	71.19 (7.2)

3. การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ผลการศึกษา พบว่า อสรจ. ส่วนมากมีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสรจ. อยู่ในระดับดี ร้อยละ 33.73 รองลงมา คือ ระดับดีมาก ร้อยละ 27.41 ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ร้อยละระดับคะแนนการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสรจ. ภาพรวม (n = 332 คน)

ความรู้ด้านสุขภาพในส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	ระดับคะแนนการปฏิบัติงาน				Mean (SD)
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ	91	112	39	90	31.56
อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ	(27.41)	(33.73)	(11.75)	(27.11)	(6.61)

4. ปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สามารถทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสรจ. มีขั้นตอนในการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ขั้นตอนที่ 1 ตรวจสอบคุณลักษณะของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยได้แปลงข้อมูลตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ที่มีระดับการวัดแบบเชิงปริมาณ คงคุณลักษณะเดิม ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยรายตัวแปร (Crude) เพื่อคัดเลือกตัวแปรต้นที่ละตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$ ไปวิเคราะห์ Multiple linear regression โดยพบตัวแปรที่ผ่านการทดสอบขั้นตอนที่ 2 จำนวน 8 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล 3 ตัวแปร คือ เพศ (ชาย $B = -5.039$) ระดับการศึกษา (มัธยมศึกษา $B = -1.842$) และระยะเวลาการเป็น อสรจ. ($B = .167$) ความรู้ด้านสุขภาพ 5 ตัวแปร คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($B = 1.234$) 2) ทักษะการสื่อสาร ($B = 1.713$) 3) ทักษะการจัดการตนเอง ($B = 1.495$) 4) การรู้เท่าทันสื่อ ($B = 1.477$) และ 5) ความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภาพรวม ($B = .457$) ขั้นตอนที่ 3 นำตัวแปรทั้ง 8 ตัวแปร เข้าสมการวิเคราะห์ Multiple linear regression คัดเลือกด้วยวิธี Stepwise ผลการวิเคราะห์มีตัวแปรที่ผ่านการคัดเลือก จำนวน 5 ตัวแปร คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาการเป็น อสรจ. ความรู้ด้าน

สุขภาพ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ทักษะการสื่อสาร 3) ทักษะการจัดการตนเอง และ 4) การรู้เท่าทันสื่อ และตรวจสอบผลการวิเคราะห์ตามข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ 1) พิจารณาค่า F-test ANOVA มีค่า 22.833 ที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$ แสดงว่า มีความสัมพันธ์กันในลักษณะเชิงเส้นตรง 2) พิจารณาค่า VIF < 10 และค่า Tolerance $> .01$ ทุกตัวแปร แสดงว่า ไม่พบปัญหา Multicollinearity 3) พิจารณาค่าสถิติ Durbin-Watson เท่ากับ 1.5 แสดงว่า ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน 4) พิจารณาการทดสอบข้อมูลของตัวแปร Y บนทุกค่าของตัวแปร X เมื่อนำค่า Residuals มา Plot โดยใช้ Histogram พบมีการแจกแจงแบบปกติ และ 5) พิจารณาค่าส่วนเหลือมาตรฐาน (Standardized residuals) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 และไม่มีการกระจายที่เป็นระบบ แสดงว่า ข้อมูลมีความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนแบบคงที่

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาการเป็น อสรจ. ($B = .099$, 95% CI = .044 - .153) และความรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($B = .344$, 95% CI = .016 - .671) ทักษะการสื่อสาร ($B = .63$, 95% CI = .188 - 1.072) ทักษะการจัดการตนเอง ($B = .46$, 95% CI = .072 - .848) และการรู้เท่าทันสื่อ ($B = .715$, 95% CI = .365 - 1.065) สามารถรวมอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสรจ. ได้ร้อยละ 34.9 ($R^2 = 0.349$, Adjusted $R^2 = 0.339$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสรจ. (n = 332 คน)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์แสดงความสำคัญ				
	B	95% CI (Lower, Upper)	Beta (β)	t	p-value
1. ระยะเวลาการเป็น อสรจ.	0.099	(0.044, 0.153)	0.163	3.542*	< .001*
2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ บริการสุขภาพ	0.344	(0.016, 0.671)	0.114	2.064*	.040**
3. ทักษะการสื่อสาร	0.630	(0.188, 1.072)	0.179	2.802*	.005*
4. ทักษะการจัดการตนเอง	0.460	(0.072, 0.848)	0.136	2.334*	.020**
5. การรู้เท่าทันสื่อ	0.715	(0.365, 1.065)	0.231	4.022*	< .001*
ค่าคงที่ (Constant)	2.364	(-2.275, 7.003)		1.002*	0.317

R = 0.591, R² = 0.349 (34.9%), Adjust R² = 0.339, SE = 5.376
* p < .01, ** p < .05, B: Beta, β: Regression Coefficient, CI: Confidence Interval, SE: Standard Error

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบว่า อสรจ. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งอาจเนื่องมาจาก อสรจ. ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมราชทัณฑ์ และปฏิบัติหน้าที่จริงในสถานการณ์จริง จึงเกิดการเรียนรู้จากการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเพื่อนผู้ต้องขัง นอกจากนี้ยังสะท้อนถึงความสำคัญที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนทั้งด้านองค์ความรู้และการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมบทบาทของ อสรจ. ในการดูแลสุขภาพภายในพื้นที่เฉพาะอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อสรจ. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคอยู่ในระดับดีมาก⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาในบริบทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อสรจ. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก¹⁷ สำหรับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสรจ. ผลการศึกษา พบว่า อสรจ. ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับดีและรองลงมา คือ ระดับดีมาก สะท้อนถึงช่องว่างของการพัฒนาได้ของการปฏิบัติงานส่วนนี้ของ อสรจ. ที่จะพัฒนา

ให้ไปสู่ระดับดีมากโดยส่วนใหญ่ ทั้งนี้ผลการศึกษา มีความแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าที่รายงานเกี่ยวกับการดำเนินการเฝ้าระวังโรคติดต่อของ อสรจ. ในเรือนจำอยู่ในระดับสูงร้อยละ 90.60¹⁸ และแตกต่างจากรายงานของ เขตสุขภาพที่ 5 ที่ระบุการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคของ อสรจ. ตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายได้มากกว่าร้อยละ 60⁹

ปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ อสรจ. ผลการศึกษารังนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาการเป็น อสรจ. และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ มีผลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสรจ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสรจ. ได้ร้อยละ 34.9 จำแนกอธิบายได้ ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสรจ. มีผลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน เนื่องจากประสบการณ์ที่สั่งสมช่วยเพิ่มความมั่นใจ ทักษะการตัดสินใจ และความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ซับซ้อน นอกจากนี้อาสาสมัครที่มีประสบการณ์มากมักได้รับการฝึกอบรมสม่ำเสมอและ



ได้รับความไว้วางใจจากทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขัง ส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพและราบรื่นยิ่งขึ้น ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพจึงควรเน้นที่อาสาสมัครที่มีประสบการณ์น้อยและมุ่งเน้นใช้ศักยภาพของ อสรจ. รุ่นพี่ได้ช่วยเหลือกัน ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานช่วยให้อาสาสมัครสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น¹⁹ นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพมีผลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ อาจเนื่องมาจากความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ การค้นหาข้อมูลจากหลายแหล่ง และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ช่วยให้อาสาสมัครตัดสินใจได้อย่างมั่นใจ ลดความเสี่ยงจากข้อมูลผิดพลาด และปรับการทำงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การเข้าถึงข้อมูลที่ทันสมัยยังช่วยพัฒนาแนวทางปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสมเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข¹⁰ ทั้งนี้ อสรจ. สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่ง เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คลินิกวิดีโอ หนังสือ แผ่นพับ 2) ทักษะการสื่อสาร อาจเป็นเพราะการสื่อสารช่วยเพิ่มความเข้าใจและความร่วมมือระหว่างบุคคล การถ่ายทอดข้อมูลได้อย่างชัดเจนและตรงประเด็น ทำให้ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมและป้องกันโรคสามารถถูกเผยแพร่ไปยังผู้ต้องขังและบุคลากรอื่นๆ ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งช่วยเสริมความมั่นใจและลดความเสี่ยงจากความเข้าใจผิด นอกจากนี้การประสานงานที่ดีช่วยให้การดำเนินงานในเรือนจำมีความราบรื่น จากผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า อสรจ. ส่วนมากมีความสามารถในการสื่อสารในระดับดีมาก ซึ่งช่วยให้สามารถอธิบายข้อมูลด้านสุขภาพและโน้มน้าวให้ผู้คนยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่

ยืนยันว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงแต่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ แต่ยังช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ได้²⁰ การส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงควรเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนางานด้านสุขภาพในสังคม 3) ทักษะการจัดการตนเอง อาจเนื่องมาจากการวางแผนที่ดี การจัดการเวลา และการควบคุมอารมณ์ช่วยให้การดำเนินงานราบรื่น ลดข้อผิดพลาด และรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การตั้งเป้าหมายและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลช่วยให้อาสาสมัครทำงานเป็นระบบและตรงตามกำหนด ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่ระบุว่า ทักษะการจัดการตนเองช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพและคุณภาพมากขึ้น²¹⁻²² 4) การรู้เท่าทันสื่อ ส่งผลให้สามารถแยกแยะข้อมูลที่ถูกต้องจากข้อมูลที่ผิดพลาดได้อย่างมีประสิทธิภาพลดความเสี่ยงจากข่าวลือ และปรับปรุงการสื่อสารด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อนอย่างเรือนจำ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่ระบุว่า การรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค^{10,23} ดังนั้นการส่งเสริมทักษะนี้จะช่วยให้อาสาสมัครสามารถเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและตัดสินใจได้อย่างมั่นใจ ส่งผลให้การดำเนินงานด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสรจ. คือ ระยะเวลาการเป็น อสรจ. และความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในรายด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรได้พิจารณาพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของ อสรจ. โดยสร้าง

ระบบสนับสนุนด้านข้อมูลและการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีการอบรมทักษะการสื่อสารเชิงรุก พัฒนาทักษะการจัดการตนเองของ อสรจ. การเสริมการเรียนรู้เท่าทันสื่อของ อสรจ. และรวมถึงการใช้ประสบการณ์ของ อสรจ. รุ่นพี่เป็นพี่เลี้ยงให้กับ อสรจ. รุ่นใหม่

2. การศึกษานี้ พบว่า ประเด็นที่ อสรจ. ยังคงขาดความรู้ความเข้าใจที่ต้องได้รับการส่งเสริมเพิ่มเติม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อสำคัญ แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังโรค และวิธีการปฏิบัติในการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากที่ดี ควรมีแผนพัฒนาและจัดอบรมเสริมความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ โดยมุ่งเน้นเนื้อหาในประเด็นที่ยังเป็นจุดอ่อนเพื่อยกระดับความรู้ความเข้าใจของ อสรจ. ให้ครอบคลุม

และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดในเรือนจำ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของ อสรจ. ในเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในบริบทที่แตกต่างกัน รวมถึงดำเนินการศึกษาเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมที่มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างทักษะด้านสุขภาพและการปฏิบัติงานของ อสรจ. ให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Division of Health Administration, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Guidelines for the development of public health service systems for prison inmates (revised edition). Bangkok: Akson Graphic and Design; 2021. (in Thai).
2. Ministry of Justice. 1st Anniversary report: good health, good heart. Nonthaburi: Bosh Snap; 2020. (in Thai).
3. Department of Corrections, Ministry of Justice. Statistics report of inmates nationwide. [Internet]. [cited 2023 Sep 20]. Available from: http://www.correct.go.th/rt103pdf/report_result.php?date=2023-09-01&report=. (in Thai).
4. The Office of Disease Prevention and Control 6, Chonburi. Review meeting on data reporting related to the “Good Health, Good Heart” project in Health Region 6. In: Proceedings of the Review Meeting on Project Data Reporting; 2024 October 30; Chonburi, Thailand. Chonburi: The Office of Disease Prevention and Control 6; 2024. (in Thai).
5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Manual on the process of building health literacy for disease and health threat prevention and control. Nonthaburi: Risk Communication and Health Behavior Development Bureau; 2021. (in Thai).
6. Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Enhancing and assessing health literacy and health behaviors. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018. (in Thai).
7. Nutbeam D. Discussion paper on promoting, measuring and implementing health literacy: implications for policy and practice in non-communicable disease prevention and control. Sydney (AU): University of Sydney, World Health Organization; 2017.

8. Choeisuwan V. Health literacy: concept and application for nursing practice. RTN Med J 2017;44(3):183-97. (in Thai).
9. Atirattana N, Pawaputanun A. The evaluation of development and needs assessment of disease and health hazard surveillance, prevent and control of prisoner health volunteers in Health Region 5. Journal of the Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen 2023;30(2):157-69. (in Thai).
10. Khuhamanee U, Rodjarkpai Y, Maharachpong N. Health literacy and role of village health volunteer in chronic disease prevention. Journal of the Department of Medical Services 2020;45(1):137-42. (in Thai).
11. Department of Corrections. Summary report on prison inmates and the number of prison health volunteers. [Electronic document]. Received 2023 Sep 18. (in Thai).
12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30(3):607-10.
13. Andrade C. Sample size and its importance in research. Indian J Psychol Med 2020;42(1):102-3.
14. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Tijdschr Onderwijsres 1977;2(2):49-60.
15. Popham WJ. Classroom assessment: What teachers need to know. 9th ed. Boston, MA: Pearson; 2020.
16. Ebel RL, Frisbie DA. Essentials of educational measurement. 5th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1991.
17. Yaowakul D, Abdullakasim P, Maharachpong N. Health literacy on coronavirus disease 2019 protective behaviors of village health volunteers in Region 6 health provider. Research and Development Health System Journal 2022;15(1):257-72. (in Thai).
18. Saksaen P, Tuanrat W, Aungwattana S. Factors related to infectious disease surveillance of prisoner health volunteers. J Bamrasnaradura Infect Dis Inst 2022;16(2):13-24. (in Thai).
19. Tipbunsri P, Waseeweerasi W. Factors influencing elderly health promotion practice of village health volunteers in Kaeng Khoi district, Saraburi province. AJCPH 2023;9(3):113-24. (in Thai).
20. Darun P, Kirat P. Health literacy factors influencing on health behavior of population in Buengkan province. Journal of Department of Health Service Support 2019;15(3):71-82. (in Thai).
21. Sabaijai A, Wattanaburanon A, Jaidee W, Sangjun S. Health literacy and elderly health care practice of village health volunteers in Health Region 6. NJPH 2024;34(2):58-66. (in Thai).
22. Meekaew E, Jaidee W, Sangjun S. Factors related to health literacy and self-protective behaviors on the Coronavirus-2019 infection disease surveillance of village health volunteers in Soi-Dao District, Chanthaburi Province. NJPH 2022;32(1):74-87. (in Thai).
23. Puangsod P, Poum A, Makmai P. Health literacy associated with dengue hemorrhagic fever preventing and controlling behavior among village health volunteers in Prasat district, Surin province. Northern Science and Technology Journal 2020;1(3):1-11. (in Thai).



ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา Effect of a Spouses' Social Support Enhancement Program on Alcohol Drinking Behaviors among Persons with Alcohol Use Disorders

สิรินดา แ่งเจริญ* หรรษา เศรษฐบุปผา** ชาลิณี สุวรรณยศ***

Sirinda Kaejarern,* Hunsu Sethabouppha,** Chalinee Suwanayos***

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai Province

,* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่

,* Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai Province

** Corresponding Author: hunsu.s@cmu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรสต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา และคู่สมรสจำนวน 24 คู่ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน คัดเลือกโดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา (ASSIST) มีค่าดัชนีความตรงตามโครงสร้างเท่ากับ 0.76 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ 1 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.90 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 4) โปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.96 ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Caplan วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบสถิติวิลคอกซัน และการทดสอบสถิติแมนวิทนี

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา (Mean = 13.75, SD = 11.48) ต่ำกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม (Mean = 35.50, SD = 3.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา (Mean = 13.75, SD = 11.48) ต่ำกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Mean = 20.42, SD = 12.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การบำบัดด้วยโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรสสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ ควรสนับสนุนและให้ความรู้แก่พยาบาลเพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรสในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น ผู้ติดสารเสพติดอื่นๆ เพื่อลดพฤติกรรมการเสพติด

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม คู่สมรส พฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา

Received: May 20, 2025; Revised: August 7, 2025; Accepted: August 25, 2025



Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of a spousal social support enhancement program on drinking behavior in persons with alcohol use disorders (PAD). The sample consisted of 24 couples, each including a PAD and their spouse, who received inpatient treatment at Thanyarak Mae Hong Son Hospital. The sample group was selected using purposive sampling based on specific characteristics that were identified. The research instruments included: (1) a personal information questionnaire; (2) the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) questionnaire with a construct validity index of 0.76, and a Pearson's correlation coefficient of 1; (3) a spousal social support questionnaire with a content validity index of 0.97, and a Cronbach's alpha coefficient of 0.88; and (4) a spousal social support enhancement program developed by the researcher based on Caplan's concept, with a content validity index of 0.96. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann-Whitney U test.

The results showed that PAD had significantly lower average scores for drinking behavior one month after receiving the spousal social support enhancement program (Mean = 13.75, SD = 11.48) compared to before receiving the program (Mean = 35.50, SD = 3.37) ($p < .05$). The experimental group, which received the spousal social support enhancement program, had significantly lower average drinking behavior scores one month after the intervention (Mean = 13.75, SD = 11.48) compared to the control group that received standard nursing care (Mean = 20.42, SD = 12.03) ($p < .05$).

These findings suggest that therapy through the spousal social support enhancement program can reduce drinking behavior. Nurses should be supported and educated to develop programs to enhance social support among spouses in other sample groups, such as those with other drug addictions to reduce addictive behaviors.

Keywords: social support, spouses, alcohol drinking behaviors, persons with alcohol use disorders

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

สถานการณ์การดื่มสุราเป็นปัญหาสำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่า มีประชากรกว่า 2.3 พันล้านคน หรือร้อยละ 43 ที่ดื่มสุรา และปริมาณการบริโภคสุราต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 5.5 ลิตรต่อคนต่อปี ในปี ค.ศ. 2005 เป็น 6.4 ลิตร ในปี ค.ศ. 2010 และ 15.1 ลิตรในปี ค.ศ. 2020¹ สำหรับประเทศไทย มีปริมาณการดื่มสุรา 8.3 ลิตรต่อคนต่อปี สูงเป็นอันดับ 2 ของ

ประเทศในอาเซียน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ปริมาณการบริโภคสุราในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะเพิ่มขึ้นอีก 1.7 ลิตรต่อคนต่อปี² สะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์การดื่มสุรายังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย การดื่มอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง³ 2) ด้านจิตใจ พบผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราที่มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 52.8⁴ และอาจมีความรู้สึกไร้ค่า เศร้า หดหู่ และนำไปสู่

การพยายามฆ่าตัวตาย⁵ 3) ด้านครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียด ปัญหาทางการเงิน หนี้สิน การทะเลาะวิวาท ความรุนแรง และความสัมพันธ์ในครอบครัวเสื่อมลงจนถึงขั้นหย่าร้าง⁶ 4) ด้านสังคม พบผลกระทบสูงถึงร้อยละ 61.7 โดยเฉพาะการเป็นคู่กรณีของอุบัติเหตุทางจราจร⁷ และยังส่งผลต่อความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและความรับผิดชอบในการทำงาน⁸ และ 5) ด้านเศรษฐกิจ พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดจากการดื่มสุราสูงถึง 5,491.2 ล้านบาทต่อปี แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายจากผู้ป่วยนอก 2,488.1 ล้านบาท และผู้ป่วยใน 3,003.1 ล้านบาท⁹ จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการดื่มสุรานั้นส่งผลกระทบในด้านต่างๆ มากมาย ดังนั้นผู้ที่ดื่มสุราจากการดื่มสุราและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มสุรา จึงควรได้รับการป้องกันและให้ความช่วยเหลือเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราและลดผลกระทบที่เกิดขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีปัญหาประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและการติดสุรา โดยการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันพบว่า แม้ไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดาที่ติดสุราแต่มีอัตราการติดสุราใกล้เคียงกัน¹⁰ 2) ปัจจัยด้านจิตใจ บุคคลที่ติดสุราอาจมีบุคลิกภาพตรึงแน่น (Fixation) ในช่วง Oral stage และใช้การกินหรือการดื่มเพื่อบรรเทาความคับข้องใจ¹¹ และ 3) ปัจจัยด้านสังคม การขาดการสนับสนุนทางสังคมอาจทำให้ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรากลับไปดื่มซ้ำหรือเพิ่มปริมาณการดื่มเมื่อเผชิญปัญหา¹² ในทางตรงกันข้าม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา ลดความเครียด และลดโอกาสการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.698, p < .05$)¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ashok & Somashekar¹⁴ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำหน้าที่เป็นกันชน (Buffering) ลดผลกระทบจากเหตุการณ์ความเครียดซึ่งอาจนำไปสู่การกลับไปดื่มสุรา โดยบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะได้รับผลกระทบจากความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนต่ำ และสามารถเผชิญเหตุการณ์เชิงลบได้อย่างเหมาะสมโดยไม่พึ่งสุรา จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทยที่ศึกษาปัจจัยทำนายการสนับสนุนทางสังคมต่อการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราโดยตรง อย่างไรก็ตาม อัครวัฒน์ เพ็ญพวงภควัฒ¹⁵ ศึกษาปัจจัยทำนายการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนต่อการเลิกสารเสพติด พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า รวมถึงการรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการเลิกสารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .84$ และ $.57, p < .001$ ตามลำดับ) และสามารถร่วมกันทำนายการเลิกสารเสพติดได้ร้อยละ 51 ($R^2_{adj} = .51, p < .001$) จึงสะท้อนว่าการสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราปรับตัวและเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ลดโอกาสการกลับไปดื่มสุราซ้ำ การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Caplan¹⁶ ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ หรือคำปรึกษาเพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหา 2) การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรง เช่น การช่วยดูแลในชีวิตประจำวัน และ 3) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการ



ให้ความสำคัญ การยอมรับ การให้กำลังใจ ความมั่นใจ และความรู้สึกไว้วางใจและได้รับการเอาใจใส่จากผู้อื่น

รูปแบบครอบครัวไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น¹⁷ สอดคล้องกับการสำรวจของกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว¹⁸ ที่พบว่า ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 82.24 ครอบครัวขยาย ร้อยละ 15.43 และครอบครัวลักษณะพิเศษ ร้อยละ 2.26 นอกจากนี้ จำนวนการจดทะเบียนสมรสในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 240,979 คู่ เป็น 271,344 และ 305,487 คู่ ตามลำดับ¹⁷ สะท้อนให้เห็นว่าคู่สมรสเป็นสมาชิกสำคัญของครอบครัวไทย การเป็นครอบครัวเดี่ยวทำให้สมาชิกมีความใกล้ชิด และสามารถแสดงความรัก ความห่วงใย และให้กำลังใจซึ่งกันและกันได้ โดยเฉพาะคู่สมรสซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดและไว้วางใจกันมากที่สุด เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งประสบปัญหาหรือเจ็บป่วย คู่สมรสมักเป็นบุคคลแรกที่ต้องการอยู่ใกล้ชิด ให้คำปรึกษา รับฟัง และช่วยเหลือในการเผชิญกับความทุกข์ ความทุกข์ และปัญหาต่างๆ ดังนั้นคู่สมรสจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนทางสังคมและช่วยส่งเสริมการปรับตัวของบุคคลเมื่อเผชิญปัญหา¹⁹

จากการศึกษาของ Ukai และคณะ²⁰ พบว่า คู่สมรสมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา เนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ผดุงศิษฐ์ ขำนาญบริรักษ์ และคณะ พบว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ โดยเฉพาะคู่สมรสที่มีความเข้าใจและเอาใจใส่ สามารถเป็นแรงจูงใจให้ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราต้องการเลิกดื่มอย่างถาวร และผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีโอกาสประสบความสำเร็จในการบำบัดรักษาการติดสุรามากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนถึง 3.638 เท่า (Adjusted OR = 3.638,

95% CI = 1.430–9.254)²¹ แต่การศึกษาของ ศิวะพร ไชยชนะ และคณะ²² พบว่า ความขัดแย้งระหว่างคู่สมรสก่อให้เกิดความกดดันและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การดื่มเพิ่มขึ้น ขณะที่การดูแลเอาใจใส่ การสนับสนุนทางสังคม และการช่วยจัดการสิ่งกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม สามารถช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ควบคุมและลดพฤติกรรมการดื่มได้ ดังนั้นคู่สมรสจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและอาจเป็นปัจจัยที่ช่วยลดพฤติกรรมการดื่มและโอกาสการกลับไปดื่มสุราซ้ำ

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า แม้มีการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในหลายกลุ่ม แต่ยังมี การศึกษาในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราค่อนข้างจำกัด โดยภายหลังเข้ารับการรักษา ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราจะกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนและอยู่ร่วมกับครอบครัว หากไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือ การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสอย่างเหมาะสม ในการลดหรือหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา อาจเพิ่มโอกาสต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ¹⁵ แม้ประเทศไทยจะมีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดผู้ที่มี ปัญหาจากการดื่มสุรา แต่ยังไม่พบการศึกษาโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรสโดยตรง อีกทั้ง การดูแลตามปกติในระยะบำบัดทางจิตสังคมแม้จะมีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม แต่ส่วนใหญ่เป็น การให้ความรู้และคำปรึกษาเบื้องต้นก่อนจำหน่าย กลับบ้าน ยังไม่ได้มุ่งเน้นให้คู่สมรสมีทักษะในการ ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ เป็นที่พึ่งพิง และสนับสนุน ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องภายหลัง จำหน่ายจากโรงพยาบาล นอกจากนี้โปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมที่ผ่านมาอาจยังไม่ได้มุ่งเน้นการ พัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสร้าง สัมพันธภาพ การให้กำลังใจ และการกล่าวชื่นชมอย่าง เป็นระบบ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการส่งเสริม ให้คู่สมรสมีเจตคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา

และมีความพร้อมในการให้การสนับสนุนด้วยความเต็มใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจแนวทางการสนับสนุนทางสังคมของ Caplan¹⁶ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรสสำหรับผู้ที่ปัญหาจากการดื่มสุรา เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ การศึกษานี้จะนำไปสู่แนวทางในการช่วยเหลือผู้ที่ปัญหาจากการดื่มสุราให้สามารถลดและเลิกพฤติกรรมการดื่มสุราได้ โดยกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นจะช่วยให้ผู้ที่ปัญหาจากการดื่มสุรารับรู้ว่ามีบุคคลที่พร้อมให้ความช่วยเหลือและสนับสนุน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เกิดความสบายใจ และมีกำลังใจ ตลอดจนสามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่การลดพฤติกรรมการดื่มสุราและการเลิกดื่มสุราในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส 1 เดือน จะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรต่ำวก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส 1 เดือน จะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรต่ำวกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Caplan¹⁶ ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยเมื่อผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากคู่สมรส จะเป็นการเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเอง เพิ่มความมั่นใจในการนำความรู้และทักษะไปปฏิบัติ ซึ่งจะสามารถช่วยในการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุราได้ 2) การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม เมื่อผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราได้รับการสนับสนุนทางด้านการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมจากคู่สมรส ช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรารับรู้ถึงแหล่งทรัพยากรและบุคคลที่พร้อมให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะคู่สมรส ส่งผลให้ประเมินปัญหาและความเครียดได้เหมาะสม ตระหนักถึงปัญหา มองเห็นแนวทางแก้ไข และมีศักยภาพในการเผชิญปัญหาโดยไม่พึ่งสุรา และ 3) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เมื่อผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากคู่สมรส จะช่วยให้รับรู้ถึงความห่วงใยและเอาใจใส่จากคู่สมรส ส่งเสริมความรู้สึกด้านบวก คุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง ตลอดจนมีกำลังใจในการเลิกดื่มสุรา ทั้งนี้ คู่สมรสนับเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญจึงนำเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และเป็นที่พึ่งพิงแก่ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นจะช่วยให้ผู้ที่ปัญหาจากการดื่มสุรารับรู้ว่ามีผู้ที่สามารถช่วยเหลือ สนับสนุน และลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เกิดความสบายใจ และมีกำลังใจ สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุรา จนนำไปสู่การเลิกดื่มสุราได้ในที่สุด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-groups pretest-posttest design) 1 เดือน

ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและได้รับการบันทึกรหัสโรคเป็น F 10.2 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD- 10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและได้รับการบันทึกรหัสโรคเป็น F 10.2 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD- 10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยรวม และอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ แม่ฮ่องสอน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเพศหญิงหรือชาย อายุ 20 - 59 ปี 2) มีคะแนนพฤติกรรมกาการดื่มสุรา ประเมินโดยแบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา (ASSIST) โดยคะแนนอยู่ในระดับเสี่ยงสูง (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 27) 3) ไม่มีอาการถอนพิษสุรา หรือมีอาการถอนพิษสุราแต่ไม่รุนแรง คะแนนความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (CWA-Ar) น้อยกว่า 7 คะแนน 4) มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ประเมินโดยแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส ของ สุภภรณ์ สมพาน²³ โดยคะแนนอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง (คะแนนเท่ากับ 0 - 34 คะแนน) 5) สามารถเข้าใจ สื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และอ่านออกเขียนได้ และ 6) มีความสมัครใจ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์ในการคัดออกจากกาการวิจัย (Exclusion criteria) คือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจที่รุนแรงเกิดขึ้น

และเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ ภาวะเพื่อสับสน ภาวะก้าวร้าว ภาวะคลุ้มคลั่ง และหลงผิด

คู่สมรสของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา

ประชากร คือ คู่สมรสที่ถูกต้องตามกฎหมายหรือเป็นคู่สมรสที่ดูแลและมีความผูกพันใกล้ชิดโดยตรงกับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ คู่สมรสที่ถูกต้องตามกฎหมายหรือเป็นคู่สมรสที่ดูแลและมีความผูกพันใกล้ชิดโดยตรงกับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ แม่ฮ่องสอน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นคู่สมรส อายุ 20 - 59 ปี 2) เป็นคู่สมรสที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ประเมินโดยการสัมภาษณ์ 3) อยู่ร่วมกันเป็นเวลอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป 4) สามารถเข้าใจ สื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และอ่านออกเขียนได้ และ 5) มีความสมัครใจ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออกจากกาการวิจัย (Exclusion criteria) 1) มีอาการผิดปกติทางกายหรือทางจิตอย่างปรากฏได้ชัดเจน ประเมินจากการวินิจฉัยของแพทย์ ได้แก่ อาการทางจิตที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม 2) มีพฤติกรรมกาการดื่มสุราจนมีปัญหาในการดื่ม ประเมินโดยแบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา (ASSIST)

การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ของงานวิจัยเชิงทดลองศึกษาของ นิภาพร รัฐมัน และ เพ็ญญาแดงด้อมยุทธิ์²⁴ โดยการคำนวณจากการวิเคราะห์โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ที่ระดับ 0.80 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง (Effect size) ที่ระดับ 1.2 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 10 คู่ต่อกลุ่ม

เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างระหว่างทางทดลอง หรืออาจมีผู้ยุติการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คู่ รวมทั้งหมดจำนวน 24 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นข้อคำถามทั้งหมด 8 คำถาม ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว และแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยจะใช้ในการรวบรวมข้อมูลทั้งในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและคู่สมรส

2. แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา (ASSST) ของ สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และ พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์²⁵ เป็นแบบคัดกรองประสบการณ์ในการใช้สุราในช่วงชีวิตที่ผ่านมา และปัญหาที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 7 ข้อ แต่ละข้อมีการให้คะแนนตามเกณฑ์ของเครื่องมือ ผลรวมคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 39 คะแนน สามารถจำแนกระดับความเสี่ยงจากการดื่มสุราออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเสี่ยงต่ำ (0 - 10 คะแนน) ระดับเสี่ยงปานกลาง (11 - 26 คะแนน) และระดับเสี่ยงสูง (ตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสของ สุภาภรณ์ สมพาน²³ ซึ่งใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Caplan¹⁶ ใช้ประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย และไม่เคยมีเลย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 51 คะแนน โดยแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเป็น

3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (0 - 17 คะแนน) ระดับปานกลาง (18 - 34 คะแนน) และระดับสูง (35 - 51 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรสต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา โดยผู้วิจัยได้สร้างรูปแบบการเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Caplan¹⁶ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 2) การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม และ 3) การสนับสนุนด้านอารมณ์ รวมทั้งหมด 6 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมรายคู่ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลากิจกรรมละ 60 - 90 นาที รวมระยะเวลา 3 สัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 รู้จัก เข้าใจ ห่วงไกลเหล่า กิจกรรมที่ 2 รอบรู้เรื่องเลิกเหล้า กิจกรรมที่ 3 แหล่งช่วยเหลือให้เลิกเหล้า กิจกรรมที่ 4 การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมที่ 5 กำลังใจในการเลิกเหล้า และ กิจกรรมที่ 6 เสริมความภาคภูมิใจ ลด ละ เลิกเหล้า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยไปตรวจสอบความตรง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติด 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสนับสนุนทางสังคม 1 ท่าน และพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของภาษารูปแบบ และความเหมาะสมของกิจกรรม ผลการตรวจสอบ พบว่า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.90 โปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.96 ส่วนแบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา (ASSIST) มีค่าดัชนีความตรงตามโครงสร้าง เท่ากับ 0.76



2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จากคู่สมรส ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90 และแบบคัดกรองประสบการณ์การติ่มสุรา (ASSIST) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ 1 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิและการมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอิสระและมีเวลาในการตัดสินใจ เข้าร่วมวิจัย มีการตอบแบบสอบถาม (Pretest) ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองประสบการณ์การติ่มสุรา (ASSIST) และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส สำหรับอาสาสมัคร และข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับคู่สมรส ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ แม่ฮ่องสอน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 24 คู่ แล้วทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่ (Matched pair) โดยคะแนนพฤติกรรม การติ่มสุรา คือ ระดับเสี่ยงสูง ≥ 27 คะแนน เพศของผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุรา ศึกษาในหอผู้ป่วยรวม แต่สุ่มกลุ่มตัวอย่างแล้วได้เพศชายอย่างเดียว และระดับการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรส คือ ระดับต่ำ (0 - 17 คะแนน) ระดับปานกลาง (18 - 34 คะแนน) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันและแบ่งกลุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คู่

กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส และได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล ทั้งนี้ ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยหากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรสมีประสิทธิผลต่อพฤติกรรม การติ่มสุรา กลุ่ม

ควบคุมจะได้รับโอกาสเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 คู่ จัดกิจกรรมเป็นรายคู่ ประกอบด้วย ผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุราและคู่สมรส รวมทั้งสิ้น 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ณ สถานที่ที่จัดไว้ซึ่งมีความเงียบสงบและเป็นส่วนตัว รายละเอียดกิจกรรม มีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support)

กิจกรรมที่ 1 รู้จัก เข้าใจ ท่างไกลเหล้า เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน ส่งเสริมการรู้จักและเข้าใจเรื่องการติ่มสุรา การจัดการกับภาวะวิกฤติ มีการให้คู่สมรสและผู้ที่ มีปัญหาจากการติ่มสุราถามและตอบคำถามเกี่ยวกับการติ่มสุรา และการจัดการกับภาวะวิกฤติ โดยมุ่งเน้นให้คู่สมรสและผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุรา มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการติ่มสุรา การจัดการกับภาวะวิกฤติ เกิดการรับรู้ในการได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนมีความตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการภาวะการติ่มสุรา และการจัดการกับภาวะวิกฤติ

กิจกรรมที่ 2 รอบรู้เรื่องเลิกเหล้า เป็นกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการเลิกติ่มสุรา ที่ส่งเสริมให้คู่สมรสและผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุราแสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับทักษะการเลิกติ่มสุรา ในสถานการณ์ปัญหาต่างๆ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุราและคู่สมรส ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเอง อีกทั้งช่วยเพิ่มความมั่นใจในการนำความรู้และทักษะต่างๆ ไปปฏิบัติตัว ขณะอยู่ที่บ้าน ตลอดจนเกิดการตระหนักถึงความสำคัญ

ของการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ
ทักษะการเลิกติ่มสุรา

สัปดาห์ที่ 2 การสนับสนุนทางด้านการ ช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support)

กิจกรรมที่ 3 แหล่งช่วยเหลือให้เลิกเหล้า
เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุรา
และคู่สมรสเกิดการรับรู้แหล่งทรัพยากรและวิธีการ
ขอรับความช่วยเหลือ ทำให้ผู้ที่มีปัญหาจากการ
ติ่มสุราและคู่สมรสได้รับการช่วยเหลือจากสังคม
รอบข้าง ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไข
ด้วยตนเอง ทำให้ไม่รู้สึกแยกจากสังคม

**กิจกรรมที่ 4 การช่วยเหลือดูแลกิจวัตร
ประจำวัน** เป็นกิจกรรมที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล
กิจวัตรประจำวัน และการดูแลที่อยู่อาศัย ซึ่งมุ่งเน้น
ให้เกิดการรับรู้ว่าคุณสมรสพร้อมที่จะดูแลให้ความ
ช่วยเหลือ เป็นแหล่งพึ่งพิงในชีวิตประจำวัน

สัปดาห์ที่ 3 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support)

กิจกรรมที่ 5 กำลังใจในการเลิกเหล้า เป็น
กิจกรรมที่ส่งเสริมการให้กำลังใจและการกล่าวชื่นชม
มีการให้คู่สมรสและผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุรา
แสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับการให้กำลังใจและ
การกล่าวชื่นชม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาจากการ
ติ่มสุรารับรู้ถึงความห่วงใยและการได้รับการเอาใจใส่
จากคู่สมรส จะเป็นการเพิ่มความรู้สึกด้านบวกของ
สภาพจิตใจ ทำให้ผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุรา
มีกำลังใจในการเลิกติ่มสุรา

**กิจกรรมที่ 6 เสริมความภาคภูมิใจ ลด
เลิกเหล้า** เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความ
ภาคภูมิใจ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มความรู้สึกด้านบวก
ของสภาพจิตใจ ตลอดจนเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง
ทำให้ผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุรา
มีกำลังใจในการเลิกติ่มสุรา

และภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
1 เดือน ผู้วิจัยมีการติดตามแจ้งเตือนทางโทรศัพท์

และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง
(Posttest) ประกอบไปด้วย แบบคัดกรองประสบการณ์
การติ่มสุรา (ASSIST) ภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างตอบ
แบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างส่ง
แบบคัดกรองประสบการณ์การติ่มสุรา (ASSIST) มาให้
ผู้วิจัย และมีการตรวจสอบความสมบูรณ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสาร
เลขที่ 110/2567 เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2567 วันสิ้นสุด
การอนุมัติวันที่ 20 สิงหาคม 2568 และผ่านการพิจารณา
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบัน
บัณฑิตศึกษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
กรมการแพทย์ เอกสารเลขที่ 006/2568 เมื่อวันที่
4 ธันวาคม 2567 วันสิ้นสุดการอนุมัติวันที่ 3 ธันวาคม
2568 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียด
การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ให้กลุ่มตัวอย่าง
ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง โดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ
ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี
ให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม
ในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับ
ตลอดจนผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์
วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีปัญหาจากการ
ติ่มสุราและคู่สมรสที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดย
การใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่า
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคุณลักษณะข้อมูลส่วน
บุคคลของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ
ทดสอบ Chi-square test หรือ Fisher's exact test
ตามลักษณะของข้อมูล



3. มีการทดสอบการกระจายของข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา ด้วยสถิติ Shapiro-wilk test แล้วพบว่า ชุดข้อมูลทั้งหมดมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรารายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง 1 เดือน ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranked test

4. มีการทดสอบการกระจายของข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา ด้วยสถิติ Shapiro-wilk test พบว่า ชุดข้อมูลทั้งหมดมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง 1 เดือน ด้วยสถิติ Mann Whitney U test

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่มมีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี และอายุระหว่าง 50 - 59 ปี ร้อยละ 41.70 เท่ากัน ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน กลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50 และกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 41.70 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือน ในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 50 และในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 41.70 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีบุคคลในครอบครัวที่มีการดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 75 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 83.30 ในกลุ่มควบคุม ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม คือ คู่สมรส ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 83.30 และในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 66.70 ซึ่งพบว่า ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละและเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน บุคคลในครอบครัวที่มีการดื่มสุรา แหล่งสนับสนุนทางสังคม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 12)		กลุ่มควบคุม (n = 12)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	12	100.00	12	100.00	
อายุ (ปี)					1.00 ^a
20 - 29	1	8.30	1	8.30	
30 - 39	5	41.70	5	41.70	
40 - 49	1	8.30	1	8.30	
50 - 59	5	41.70	5	41.70	
	Mean = 43.16, SD = 12.09		Mean = 43.42, SD = 10.63		
สถานภาพสมรส					
คู่	12	100.00	12	100.00	
ระดับการศึกษา					.06 ^a
ประถมศึกษา	6	50.00	6	50.00	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	16.70	3	25.00	

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละและเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุร
จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน บุคคลในครอบครัว
ที่มีการดื่มสุรา แหล่งสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 12)		กลุ่มควบคุม (n = 12)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	25.00	2	16.70	
ปริญญาตรี	1	8.30	1	8.30	
อาชีพ					
เกษตรกร	4	33.30	5	41.70	
รับจ้าง	6	50.00	4	33.30	
อื่นๆ (ว่างงาน)	2	16.70	3	25.00	
รายได้ต่อเดือน (บาท)					
น้อยกว่า 5,000	3	25.00	2	16.70	.88 ^a
5,000 - 10,000	6	50.00	5	41.70	
10,001 - 15,000	1	8.30	2	16.70	
15,001 - 20,000	1	8.30	3	25.00	
มากกว่า 20,000	1	8.30	-	-	
บุคคลในครอบครัวที่มีการดื่มสุรา					.45 ^a
บิดา	2	16.70	2	16.70	
มารดา	1	8.30	-	-	
อื่นๆ (ไม่มี)	9	75.00	10	83.30	
แหล่งสนับสนุนทางสังคม					.57 ^a
คู่สมรส	10	83.30	8	66.70	
บิดา มารดา	2	16.70	3	25.00	
บุคลากรทางด้านสุขภาพ	-	-	1	8.30	

^a Fisher exact test

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของคู่สมรสของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 ในกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี และ 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.70 เท่ากัน กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.70 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 ในกลุ่มทดลอง และคิดเป็นร้อยละ 41.70 ในกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50 และในกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 41.70 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือน ในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 50 และในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 41.70 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีบุคคลในครอบครัวที่มีการดื่มสุรา คือ คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มทดลองมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม คือ บิดา มารดา คิดเป็นร้อยละ 50 และในกลุ่มควบคุมมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม คือ ญาติ คิดเป็นร้อยละ 58.30 ซึ่งพบว่า ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละและเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของคู่สมรส จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บุคคลในครอบครัวที่มีการดื่มสุรา แหล่งสนับสนุนทางสังคม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 12)		กลุ่มควบคุม (n = 12)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
หญิง	12	100.00	12	100.00	
อายุ (ปี)					1.00 ^a
20 - 29	1	8.30	-	-	
30 - 39	5	41.70	5	41.70	
40 - 49	1	8.30	3	25.00	
50 - 59	5	41.70	4	33.30	
	Mean = 42.50, SD = 13.28		Mean = 42.25, SD = 9.51		
สถานภาพสมรส					
คู่	12	100.00	12	100.00	
ระดับการศึกษา					.53 ^a
ประถมศึกษา	6	50.00	5	41.70	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	16.70	4	33.30	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	25.00	2	16.70	
ปริญญาตรี	1	8.30	1	8.30	
อาชีพ					.92 ^a
เกษตรกร	4	33.30	5	41.70	
รับจ้าง	6	50.00	4	33.30	
อื่นๆ (ว่างงาน)	2	16.70	3	25.00	
รายได้ต่อเดือน					.88 ^a
น้อยกว่า 5,000 บาท	3	25.00	2	16.70	
5,000 - 10,000 บาท	6	50.00	5	41.70	
10,001 - 15,000 บาท	1	8.30	2	16.70	
15,001 - 20,000 บาท	1	8.30	3	25.00	
มากกว่า 20,000 บาท	1	8.30	-	-	
บุคคลในครอบครัวที่มีการดื่มสุรา					
คู่สมรส	12	100.00	12	100.00	
แหล่งสนับสนุนทางสังคม					.47 ^a
บิดา มารดา	6	50.00	3	25.00	
ญาติ	5	41.70	7	58.30	
บุคลากรทางด้านสุขภาพ	1	8.30	2	16.70	

^a Fisher exact test

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรากลุ่มทดลองในระยะก่อนได้รับโปรแกรม และระยะ 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส ด้วยการใช้ทดสอบสถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่า ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส 1 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา (Mean = 13.75, SD = 11.48) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean = 35.50, SD = 3.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส ในระยะก่อนได้รับโปรแกรม และระยะ 1 เดือน หลังได้รับโปรแกรม (n = 12)

คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา	Mean	SD	Mean rank	Z	p-value
ระยะก่อนได้รับโปรแกรม	35.50	3.37	6.50	-3.069	.002*
ระยะ 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม	13.75	11.48			

* p < .05

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนได้รับโปรแกรม และในระยะ 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราของกลุ่มทดลอง 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส (Mean = 13.75, SD = 11.48) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 20.42, SD = 12.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนได้รับโปรแกรม และในระยะ 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม

คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา	กลุ่มทดลอง (n = 12)		กลุ่มควบคุม (n = 12)		Mann-Whitney U Test		
	Mean	SD	Mean	SD	Mean rank	Z	p-value
ระยะก่อนได้รับโปรแกรม	35.50	3.37	33.42	3.18	14.46	-1.365	.172
ระยะ 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม	13.75	11.48	20.42	12.03	9.67	-2.016	.044*

* p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา (Mean = 13.75, SD = 11.48) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean = 35.50, SD = 3.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการ

สนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา (Mean = 13.75, SD = 11.48) ต่ำกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Mean = 20.42, SD = 12.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Caplan¹⁶ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จะเป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารให้ความรู้ หรือคำแนะนำ ตลอดจน



การให้คำปรึกษา เพื่อให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ ด้านการสนับสนุนด้านการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม เป็นการให้การช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคล เช่น การช่วยดูแลในชีวิตประจำวัน และการสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการให้ความสำคัญ การยอมรับนับถือ การให้ความมั่นใจและได้รับความรู้สึกที่จะสามารถพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น รู้สึกว่าได้รับความเอาใจใส่หรือความรักความผูกพันสามารถอธิบายได้ ดังนี้

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยเมื่อผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากคู่สมรส จะเป็นการเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเอง อีกทั้งช่วยเพิ่มความมั่นใจในการนำความรู้และทักษะต่างๆ ไปปฏิบัติตัว ซึ่งจะสามารถช่วยในการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุราได้ในกิจกรรมที่ 1 และ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรภรณ์ ผางแก้ว และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ²⁶ พบว่า การที่ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราได้ โดยสามารถทำนายภาวะถอนพิษสุรา ในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราได้ร้อยละ 38 ($R^2_{adj} = .38, p < .05$) และจากการศึกษาของ ศิวะพร ไชยชนะ และคณะ²² พบว่า การบริโภคสุราของผู้ติดสุรากลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มสุรา ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า การให้ข้อมูล และการถามรายละเอียดเพื่อข้อมูลที่ชัดเจน เข้าใจตรงกัน มีการทวนความเพื่อตรวจให้มั่นใจว่ามีความเข้าใจที่ถูกต้องและสอดคล้องไปในทางเดียวกัน ช่วยในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราลงได้²⁷ การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม เมื่อผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราได้รับการสนับสนุนทางด้านการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมจากคู่สมรส จะทำให้

ได้รับรู้แหล่งทรัพยากร ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรารับรู้ว่ามีบุคคลที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะคู่สมรส ส่งผลให้ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา มีการประเมินความรุนแรงของความเครียดลดลง และประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ตระหนักได้ถึงปัญหา และเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวก มองว่าสามารถแก้ไขปัญหามีผลให้ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราเกิดการพัฒนาตนเอง มีศักยภาพในการเผชิญปัญหาได้โดยไม่พึ่งสุรา ในกิจกรรมที่ 3 และ 4 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ashok & Somashekar¹⁴ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดหรือเป็นกั้นขวางของผลกระทบเหตุการณ์ความเครียดที่เป็นสาเหตุของการมีพฤติกรรม การดื่มสุราซ้ำได้ และการศึกษาของ Sathyamurthi²⁸ พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้สามารถลดหรือเลิกดื่มสุรา ปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตใหม่ พ้นพหุศักยภาพของตนเอง และกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ นอกจากนั้นการศึกษาของ ศิราภรณ์ สุนทรพฤกษ์ และ วิไลภรณ์ โคตรบึงแก²⁹ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวถือเป็นสิ่งหนึ่งที่สามารถช่วยกระตุ้นให้ผู้ติดสุรามีความพยายามในการเปลี่ยนแปลงตนเองจนสามารถหยุดดื่มสุราได้อย่างถาวร

การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เมื่อผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากคู่สมรส จะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรารับรู้ถึงความห่วงใยและการได้รับการเอาใจใส่จากคู่สมรส จะเป็นการเพิ่มความรู้สึกด้านบวกของสภาพจิตใจ เกิดการตระหนักในคุณค่าของตนเองและเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรามีกำลังใจในการเลิกดื่มสุรา ในกิจกรรมที่ 5 และ 6 สอดคล้องกับการศึกษาของ พรินทร ปันสุภา และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ¹² พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรามีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเลิกติ่มสุราได้ ส่งผลให้ผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุราสามารถหยุดติ่มสุราได้ เนื่องจากคู่สมรสมีบทบาทหลักในการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นสิ่งที่ผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุราสามารถรับรู้ได้ว่ามีคนคอยให้กำลังใจ เป็นห่วงตักเตือน และการศึกษาของ ฉวีวรรณ สารบุตร และ สุขุมภรณ์ บุญญาสุ³⁰ พบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันยาเสพติด การให้คุณค่าแก่ตัวเอง แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันยาเสพติด การรับรู้ความสามารถของตนในการลด ละ เลิกยาเสพติด ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนั้นการศึกษาของ อัครวัฒน์ เพ็ญพวงวัด¹⁵ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่าการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการเลิกสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .84$, $r = .57$, $p > .001$ ตามลำดับ)

การนำคู่สมรสเข้ามามีส่วนร่วม จะช่วยสนับสนุนให้การบำบัดประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ Ukai และคณะ²⁰ พบว่า คู่สมรสมีอิทธิพลต่อผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุราในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดโดยตรงและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมติ่มสุราในผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุรามากที่สุด นอกจากนั้นยังมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกติ่มสุราของผู้ที่มาบำบัดรักษาติ่มสุรา ในจังหวัดมหาสารคามของ ผดุงศิษฐ์ ขำนาญบริรักษ์ และคณะ²¹ พบว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมหลักสำคัญให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุรา โดยเฉพาะคู่สมรสที่มีความเข้าใจ มีการดูแลเอาใจใส่ที่ดี เป็นแรงจูงใจให้ผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุราที่ต้องการเลิกติ่มสุราอย่างถาวร และมีโอกาสบำบัดรักษาพฤติกรรมมาร

ติ่มสุราสำเร็จมากกว่าผู้ที่ไม่มีการสนับสนุนทางสังคม 3.638 เท่า (Adjusted OR = 3.638, 95% CI = 1.430 - 9.254) นอกจากนี้ผลการวิจัยนี้สัมพันธ์กับวิถีครอบครัวไทย ลักษณะชุมชน ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความใกล้ชิดกันมากขึ้นสามารถแสดงออกถึงความรักใคร่ห่วงใยกันได้อย่างเปิดเผย คู่สมรสจึงเป็นบุคคลสำคัญในครอบครัวที่มีบทบาทสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุรา

นอกจากนี้ผลของการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรสมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมติ่มสุราได้สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมติ่มสุราในผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุราของ เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ และ เพ็ญนาภา แดงด้อมยุทธ¹³ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.698$) กับพฤติกรรมติ่มสุราในผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หากผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุราได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงก็จะมีพฤติกรรมติ่มสุราในปริมาณที่ลดลง แต่ในทางตรงกันข้ามหากผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุราได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำก็จะมีพฤติกรรมติ่มสุราที่เพิ่มขึ้น ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดหรือเป็นกันชนของผลกระทบเหตุการณ์ความเครียดที่เป็นสาเหตุของการมีพฤติกรรมติ่มสุราซ้ำได้ บุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีผลกระทบที่เกิดจากความเครียดน้อยกว่าบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ การสนับสนุนทางสังคมจึงช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์เชิงลบได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยไม่พึ่งสุรา¹⁴ ซึ่งการเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรสนั้นเป็นการเสริมสร้างให้ผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุรารับรู้ว่ามีผู้ที่สามารถช่วยเหลือสนับสนุน และลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เกิดความสบายใจและมีกำลังใจ รวมถึงการสามารถเผชิญกับปัญหา



ได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถทำให้ผู้ที่ปัญหาจากการดื่มสุราลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและเลิกดื่มสุราได้ ดังนั้นการจัดทำโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส อาจจะเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ที่ปัญหาจากการดื่มสุราที่มีพฤติกรรมดื่มสุราเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการ

พยาบาลสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรสต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราไปใช้ในแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งควรประเมินสัมพันธภาพและเจตคติของคู่สมรสก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และก่อนวัดพฤติกรรม 1 เดือน อีกทั้งการนำโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรสไปใช้ จำเป็นต้องมีการอบรมตามการใช้โปรแกรม

2. ด้านนโยบาย

พยาบาลควรเสนอผ่านผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อผลักดันเชิงนโยบายให้มีการสนับสนุนการ

พัฒนาบุคลากร โดยการจัดอบรมพยาบาลวิชาชีพให้มีทักษะการใช้โปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรส เพื่อสามารถนำมาใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

พยาบาลควรมีการวิจัยติดตามผลของโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรสต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในระยะยาวอย่างน้อย 3 เดือน อีกทั้งควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรสในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น ผู้ติดสารเสพติดอื่นๆ รวมไปถึงพยาบาลสามารถพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมโดยคู่สมรสต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในรูปแบบการบำบัดเป็นแบบออนไลน์ และพยาบาลควรเพิ่มการสนับสนุนโดยให้ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราที่มีการสนับสนุนทางสังคมแก่คู่สมรส

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Thai Health Promotion Foundation. What burden does alcohol place on Thai society. Songkhla: Prince of Songkla University; 2017. (in Thai).
3. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Guidelines for caring for patients with alcohol withdrawal. Bangkok: Graphico Systems; 2021. (in Thai).
4. Aroonrattanapong R, Charmsil C. Prevalence and associated factors of depression awareness in patients with alcohol use disorder at Maharajnakorn Chiang Mai Hospital. J Psychiatr Assoc Thai 2017;62(1):27-34. (in Thai).
5. Maneepakorn J. Study of factors affecting suicide success in the municipality Sakon Nakhon Province. Journal of Health and Environmental Education 2023;8(1):428-35. (in Thai).

6. Chusri W, Prommintree J, Boonrotepong B, U-senyang S. The impacts on families from alcohol drinking among alcoholic patients who received treatment from hospitals in Songkhla Province. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences* 2021;8(2):69-83. (in Thai).
7. Jung-in K, Pinitsoontorn S. Drinking behavior and impacts on families of alcoholic drinkers who received treatment in Thanyarak Hospital Udon Thani. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University* 2017;5(3):487-501. (in Thai).
8. Po-ngam T. The effect of brief couple relationship therapy program on alcohol consumption behaviour among patients with alcohol dependence. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2017. (in Thai).
9. Neramitpitagkul P, Lertpitakpong C, Yothasamut J, Chaikledkaew U, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y. Economic impacts on health-care costs among the Thai population drinking alcohol. *Journal of Health Systems Research* 2008;2(4):594-602. (in Thai).
10. Verhulst B, Neale MC, Kendler KS. The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychol Med* 2014;45(5):1061-72.
11. Keltner NL. *Psychiatric nursing*. 3rd ed. Columbia: Delmar Thomson Learning; 1995.
12. Pinsupha P, Uthis P. The effect of family motivation interviewing program on alcohol consumption in schizophrenic patients with alcohol drinking problem. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;19(Suppl Sep-Dec):213-20. (in Thai).
13. Chaihanit P, Dangdomyouth P. Selected factors related to alcohol consumption behavior in alcohol dependence with psychiatric comorbidity. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2014;28(1):105-20. (in Thai).
14. Ashok KH, Somashekar MP. Social support among abstinent and non-abstinent alcohol dependent: a systematic review. *Indian J Psychiatr Soc Work* 2021;12(2):110-5.
15. Piawpongpakawat A. Factors predicting family and community social supports on quitting of methamphetamine in Nongki Hospital, Buriram Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2020;14(33):22-34. (in Thai).
16. Caplan G. *Support systems and community mental health: lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications; 1974.
17. National Statistical Office. Family structure in Thailand. [Internet]. [cited 2024 Aug 1]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/Statistical_system?nso_province_type1=733&page=189. (in Thai).
18. Department of Women's Affairs and Family Institution. Policy and strategy for family institution development. [Internet]. [cited 2024 Apr 1]. Available from: <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER3/DRAWER076/GENERAL/DATA0000/00000095.PDF>. (in Thai).
19. Tuansatikul C. The enhancement of couple's marital quality through solution-focused brief therapy. [Master's Thesis, Faculty of Education]. Burapha University; 2021. (in Thai).

20. Ukai T, Tabuchi T, Iso H. The impact of spousal behavior changes on smoking, drinking and physical activity: a longitudinal survey of middle-aged and elderly persons in Japan. *Preventive Medicine* 2022;164:107293.
21. Chumnaboriruk P, Suriya N, Wongchantra K, Singhkum B, Kraichan K. Factors associated with alcohol abstinence among patients with alcohol dependence in Mahasarakham Province. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2024;16(3):211-28. (in Thai).
22. Chaichana S, Leubonthavatchai O, Suktrakul S. The effect of an educative-supportive program emphasizing alcohol craving control on alcohol beverage consumption in persons with alcohol dependence. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2017;31(1):104-18. (in Thai).
23. Somphan S. Social support from spouses as perceived by persons with alcohol induced psychotic disorders. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chiang Mai University; 2003. (in Thai).
24. Ratthaman N, Dangdomyouth P. The effects of empowerment with family participation program on alcohol drinking behavior of schizophrenic patients with alcohol use. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2017;31(3):99-112. (in Thai).
25. Asanangonchai S, Arunpongpaian S, Kittirattanapaiboon P. Screening questionnaire for alcohol drinking, smoking, and substance use experience. Bangkok: Wanida Printing; 2011. (in Thai).
26. Fangkaew A, Dangdomyouth P. Predicting factors of alcohol withdrawal in alcohol dependent clients. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2017;31(2):95-108. (in Thai).
27. Khamsorntha A, Aunguroch Y, Suktrakul S. The effect of motivation interviewing for craving control program on alcohol consumption in schizophrenia and alcohol use patients. *RTN Med J* 2019;46(2):268-83. (in Thai).
28. Sathyamurthi K. Addiction recovery and family support among alcoholic dependents. *Int J Res Publ Rev* 2022;3(2):655-61.
29. Soontomphruek S, Kotbungkair W. Experiences in overcoming alcohol addiction: a case study of ex-staffs at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. *Saeng Isan Academic Journal* 2023;20(2):112-28. (in Thai).
30. Sarabut S, Boonyasu S. Results of giving value and social support together with empowerment to change drug use behavior of people receiving drug treatment after completing a social rehabilitation program, Kantharalak district, Sisaket province. *Journal of Environmental and Community Health* 2023;8(3):1038-47. (in Thai).

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวล ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ

Effects of a Structured Educational Program on Anxiety in Patients with Non-ST Elevation Myocardial Infarction Undergoing Cardiac Catheterization

วัลลิดา ราชกรม* ยวดี ศรีบุญเรือง**

Wanlida Ratchakrom,* Yuwadee Sriboonruang**

*,** ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

*,** Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen Province

** Corresponding Author: yuwadee@kku.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย NSTEMI จำนวน 60 ราย ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ ณ หอผู้ป่วยหัตถการหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาวันออกเฉียงเหนือ คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม ($n = 30$) ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง ($n = 30$) ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความวิตกกังวล และเครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะ NSTEMI ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.99, 1.0, 0.95 และ 0.97 ตามลำดับ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน 2567 ถึง เมษายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับลักษณะทางประชากร ระดับความรู้ และระดับความวิตกกังวล และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon signed rank test, Mann-Whitney U test, Independent t-test และ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวล

ผลการศึกษา พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Received: July 13, 2025; Revised: September 30, 2025; Accepted: October 17, 2025



ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย NSTEMI ที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ดีขึ้น และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ความวิตกกังวล ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effect of a structured educational program on anxiety in patients with Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) undergoing cardiac catheterization. Participants were 60 NSTEMI patients undergoing cardiac catheterization at the Cardiac Catheterization Unit, Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, selected through purposive sampling based on inclusion criteria. They were divided into a control group (n = 30) receiving routine nursing care and an experimental group (n = 30) who received the structured educational program. The research instruments consisted of the experimental tool, which was the structured educational program. The data collection tools included a personal data record form and an anxiety questionnaire. The experimental control tool was the NSTEMI Knowledge Assessment Form. The content validity of the instruments was verified by five experts, yielding content validity indices of 0.99, 1.0, 0.95 and 0.97, respectively. The study was conducted from September 2024 to April 2025. Data were analyzed using descriptive statistics for general characteristics, knowledge, and anxiety levels. Inferential statistics, including the Wilcoxon Signed Rank Test, Mann-Whitney U test, Independent t-test, and Paired t-test, were used to compare anxiety levels.

Results revealed that post-intervention, the experimental group's anxiety levels were significantly lower than their pre-intervention levels ($p < .001$) and also significantly lower than those of the control group ($p < .001$).

This indicates that the structured information program effectively reduced anxiety in NSTEMI patients undergoing cardiac catheterization, potentially leading to improved self-care behaviors and better health outcomes.

Keywords: structured educational program, anxiety, NSTEMI (Non-ST-Elevation Myocardial Infarction)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction: AMI) เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขโลกและสาธารณสุขไทยจากรายงานสถิติการเสียชีวิตขององค์การอนามัยโลก

ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า สาเหตุอันดับ 1 ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต คือ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.20 และมากกว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เสียชีวิตมักอยู่ในประเทศที่ด้อยและกำลังพัฒนา¹ ซึ่งพบว่าในแต่ละปีมีแนวโน้มของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ตอนต้นอายุ 18 - 40 ปี ป่วยด้วย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มสูงขึ้น โดยพบในอายุ 36 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมา อายุ 31 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.66² สำหรับสถานการณ์ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564 โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2563 โรคหัวใจเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 4 ของประชากรไทย ซึ่งสถิติผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดคิดเป็น 32.60 ต่อประชากรแสนคน จากสถิติที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าแนวโน้มอัตราการป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่ได้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แต่แนวโน้มของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบเพิ่มสูงขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยลง โดย พบว่า ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร้อยละ 32.80 มีอายุ 35 - 39 ปี

สำหรับสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควะวันออกเฉียงเหนือ ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 1,026 ราย ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 807 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 705 ราย และ ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 621 ราย ซึ่งทุกรายได้รับการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ ซึ่งแพทย์โรคหัวใจจะกระทำโดยการแทงเข็มที่ตำแหน่งของหลอดเลือดแดงเพื่อใส่สายสวนเข้าไปยังหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตา แล้วฉีดสารทึบรังสีเข้าทางสายสวนไปที่หลอดเลือดหัวใจเพื่อตรวจสอบการตีบ แคบ หรือตันของหลอดเลือด ซึ่งการแทงเข็มที่ตำแหน่งของหลอดเลือดแดง เป็นการกระทำต่อเนื้อเยื่อของร่างกายส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวด³ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะ Hematoma ภาวะช็อกจากหัวใจเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ภาวะหัวใจบีบรัดเนื่องจากมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (Tamponade) โรคหลอดเลือดสมอง การเสียชีวิต การแพ้สารทึบรังสี

และภาวะไตวายเฉียบพลัน⁴ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะของเส้นเลือดที่ทำการเจาะ (Puncture) โรคประจำตัว อาการของผู้ป่วย ขั้นตอนและกระบวนการในการทำหัตถการ ตลอดจนประสิทธิภาพของแพทย์ผู้ปฏิบัติ⁵ อีกทั้งการตรวจสอบหัวใจในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นการวินิจฉัยและการรักษาที่มีความเร่งด่วน ความต้องการข้อมูล การถูกจำกัด การเคลื่อนไหว ความไม่สุขสบายบริเวณที่ทำหัตถการ ตรวจสอบหัวใจ และการที่ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้⁶ ดังนั้นการให้ข้อมูลก่อน ขณะ และหลังทำหัตถการตรวจสอบหัวใจจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของความไม่สุขสบายเป็นทุกข์หรือตึงเครียด ซึ่งเกิดจากการประเมินสถานการณ์ที่เข้ามากระทบว่าเป็นสิ่งคุกคามหรืออาจทำให้เกิดอันตราย⁷ พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาด้วยการตรวจสอบหัวใจโดยพบได้ถึงร้อยละ 30 - 65⁸ ผลจากความวิตกกังวลดังกล่าวส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาโดยจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารแคเทคิโคลามีน (Catecholamine) เพิ่มมากขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ขาดสมาธิ กระสับกระส่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความลังเลที่จะรักษาหรือปฏิเสธการรักษา ซึ่งจะเพิ่มระยะเวลาในการตรวจ หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้⁹

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด Non-ST elevation acute coronary syndromes หรือ NSTEMI เป็นโรคที่พบได้บ่อยและมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง ดังนั้นการวินิจฉัยและรักษาควรเป็นไปด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง และแม่นยำ ดังนั้นศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควะวันออกเฉียงเหนือ จึงได้กำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ



ขาดเลือดชนิด NSTEMI โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการคัดกรองและคัดแยกเข้ารับการดูแลในห้องฉุกเฉินโรคหัวใจ จากนั้นมีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัตถการหัวใจภายในวันเดียวกันเพื่อพิจารณาทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ เมื่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัตถการหัวใจรับทราบและมีแผนการตรวจสวนหัวใจแล้ว แพทย์และพยาบาลประจำห้องฉุกเฉินโรคหัวใจจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจแก่ผู้ป่วย จากนั้นพยาบาลประจำห้องฉุกเฉินโรคหัวใจจะประสานข้อมูลและส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหัตถการหัวใจเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งห้องตรวจสวนหัวใจ เมื่อแรกรับพยาบาลเจ้าของไข้จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการตรวจสวนหัวใจ อย่างไรก็ตามการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในปัจจุบันใช้ระยะเวลาค่อนข้างสั้นและยังไม่มีแนวทางหรือรูปแบบการให้ข้อมูลที่เป็นระบบและชัดเจนขึ้นอยู่กับประสบการณ์การทำงาน ความรู้ ความสามารถ และทักษะของพยาบาลแต่ละบุคคล ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุมประเด็นที่จำเป็นทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้ ผู้วิจัยได้สำรวจความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ จำนวน 20 ราย โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์ พบว่า ร้อยละ 80 มีความวิตกกังวลระดับปานกลางถึงมาก และร้อยละ 20 มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย นอกจากนี้ในปีงบประมาณ 2566 พบผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ ได้แก่ เลือดออก (Bleeding) และเลือดคั่งใต้ผิวหนัง (Hematoma) จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เฉลี่ยร้อยละ 5 ทั้งนี้การให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล โดยพยาบาลเจ้าของไข้สามารถให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการได้

พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การตรวจสวนหัวใจเป็นการรักษาที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่มีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย (Invasive procedure) ผู้ป่วยอาจมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจรักษาได้ตลอดเวลา บทบาทของพยาบาลจึงต้องดูแลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานวิชาชีพ มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินแกร็บ การพยาบาลก่อน ขณะ และหลังทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ การให้ข้อมูล และการดูแลติดตามวางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ¹⁰

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วย ใช้หลักการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก คำแนะนำและสิ่งที่ต้องปฏิบัติ โดยใช้วิธีการสอนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) ที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) จากการได้รับข้อมูลและสามารถแปลความหมายต่อสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างถูกต้อง จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามหรือสิ่งที่เผชิญได้ จึงส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการสวนหัวใจโดยใช้กรอบแนวคิดของ Leventhal & Johnson เป็นการให้ความรู้รายบุคคลผ่านสื่อมัลติมีเดีย และแผ่น QR-code ทบทวนด้วยตนเองผ่านสมาร์ทโฟน ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความร่วมมือในการตรวจสวนหัวใจได้¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกนัดมาเพื่อทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ (Elective case) โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับข้อมูลอย่างเป็นระบบและครบถ้วน มีเวลาซักถามข้อสงสัยได้อย่างเต็มที่ อาจมีเอกสาร แผ่นพับ

หรือวิดีโอประกอบการให้ข้อมูลล่วงหน้าหลายวันหรือหลายสัปดาห์ แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วน (Urgency case) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่ทราบล่วงหน้าว่าจะได้รับการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ และมีระยะเวลาในการให้ข้อมูลค่อนข้างจำกัด การให้ข้อมูลต้องรวดเร็ว กระชับ และตรงประเด็น เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถตัดสินใจให้ความยินยอมในการตรวจสอบหัวใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ตามแนวคิดของ Leventhal & Johnson ทั้งนี้การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนจะเป็นการให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว (Face-to-Face) โดยใช้สื่อที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจประกอบการให้ข้อมูลการให้ข้อมูลได้ประเมินจากความต้องการของผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามตลอดการให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังตรวจสอบหัวใจ และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน อันส่งผลต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน
2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (Self-regulatory models) ของ Leventhal & Johnson¹¹ เป็นกรอบในการจัดกิจกรรมการพยาบาล โดยเน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง และจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ 2) ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก และ 3) คำแนะนำและสิ่งที่ต้องปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดโครงสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถตีความสถานการณ์ที่กำลังเผชิญและรับมือกับเหตุการณ์ที่คุกคามได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์และจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ โปรแกรมการให้ข้อมูลดำเนินการก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องตรวจสอบหัวใจ โดยให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลแบบตัวต่อตัว (Face-to-Face) ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ที่สร้างด้วยโปรแกรม PowerPoint ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เนื้อหาครอบคลุมภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังตรวจสอบหัวใจ และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลด



ปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติ โดยมีแนวคิด คือ ผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง พยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโดยให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง และจำเป็นสำหรับผู้ป่วย การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลในสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบและเป็นสัดส่วน ร่วมกับ

การสื่อสารแบบตัวต่อตัวและการใช้สื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและจดจำข้อมูลได้ง่าย เกิดโครงสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถรับมือกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง และนำไปสู่ความร่วมมือในการตรวจสอบหัวใจและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง ดังแผนภาพที่ 1

โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ตามแนวคิดของ Leventhal & Johnson (1983) ก่อนการส่งห้องตรวจสอบหัวใจ (ในหอผู้ป่วยหัตถการหัวใจ)

การให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ สร้างขึ้นโดยโปรแกรม PowerPoint ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังตรวจสอบหัวใจ และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติ

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ระหว่างกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินการวิจัย ณ หอผู้ป่วยหัตถการหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาวันออกเฉียงเหนือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจของหอผู้ป่วยหัตถการหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาวันออกเฉียงเหนือ การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ได้มาจากงานวิจัยที่ผ่านมา¹² กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณ โดยกำหนดให้ Effect size = 0.57 คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power (ver.3.1) โดยกำหนดค่า $\alpha = .05$ และค่า Power ($1-\beta$) = .8 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม เท่ากับ 25 คน และป้องกันการสูญเสีย ระหว่างการศึกษา ร้อยละ 15 ดังนั้นจึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน โดยคัดเลือก 30 คนเป็นกลุ่มควบคุมก่อน และ 30 คนหลังจัดเข้ากลุ่มทดลอง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

1) อายุ 20 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) มารับการตรวจสอบหัวใจครั้งแรก 3) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ดี 4) ยินดีและให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1) การตรวจสอบหัวใจฉุกเฉินหรือเร่งด่วน 2) หัวใจเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ชนิดควบคุมไม่ได้ 3) มีความดันสูงเกิน 200/100 mmHg หรือต่ำกว่า 90/60 mmHg ร่วมกับมีอาการเวียนศีรษะหน้ามืด คล้ายจะเป็นลม 4) อยู่ในสายวิขาชีพสุขภาพ

เกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย

(Withdrawal of participant criteria) ได้แก่ 1) การตรวจสวนหัวใจฉุกเฉินหรือเร่งด่วนระหว่างเข้าร่วมการวิจัย 2) หัวใจเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ชนิดควบคุมไม่ได้ระหว่างเข้าร่วมการวิจัย 3) มีความดันสูงเกิน 200/100 mmHg หรือต่ำกว่า 90/60 mmHg ร่วมกับมีอาการเวียนศีรษะหน้ามืด คล้ายจะเป็นลมระหว่างเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนตามแนวคิด Leventhal & Johnson ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การให้ข้อมูลผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ สร้างขึ้นโดยโปรแกรม PowerPoint และคู่มือความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการตรวจสวนหัวใจและเมื่อกลับบ้าน ให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว (Face to Face) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังตรวจสวนหัวใจ และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษา สมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกัน และส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้แก่ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-I) ของ Spielberger และคณะ⁷ ฉบับภาษาไทย¹³ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ใช้ประเมินความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในขณะนั้น โดยแบ่งเป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 ผู้วิจัยกำหนดการให้คะแนนตามความหมายของข้อคำถาม โดยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกจะให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้ามกับข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ แบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ “ไม่รู้สึกเลย” “รู้สึกบ้าง” “รู้สึกค่อนข้างมาก” และ “รู้สึกมากที่สุด” โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 1 - 4 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนนระหว่าง 20 - 40 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 41 - 60 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลปานกลาง คะแนนระหว่าง 61 - 70 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง และคะแนน 71 - 80 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลรุนแรง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ใช้ประเมินเป็นข้อมูลพื้นฐาน (baseline) ในผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่มก่อนดำเนินการวิจัย เพื่อศึกษาว่าความรู้เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลหรือไม่ แบบประเมินนี้เป็นส่วนหนึ่งของแบบประเมินความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือดจากวิทยานิพนธ์¹⁴ ซึ่งเป็นแบบทดสอบชนิดถูก-ผิด ครอบคลุม 7 ด้าน ได้แก่ ความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ การปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต โภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการอาการผิดปกติ เดิมมีจำนวน 45 ข้อ ผู้วิจัยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหัตถการหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

เหลือจำนวน 35 ข้อ คะแนนรวม 35 คะแนน การให้คะแนน ข้อคำถามทางบวก ตอบ ใช่ (ถูก) ได้ 1 คะแนน และ ไม่ใช่ (ผิด) ได้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบ ตอบ ใช่ (ผิด) ได้ 0 คะแนน และ ไม่ใช่ (ถูก) ได้ 1 คะแนน โดยคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งประกอบไปด้วย อายุรแพทย์ที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI และการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI และการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI และการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ 2 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.99, 1.00, 0.95 และ 0.97 ตามลำดับ และนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ นำไปทดลองความเป็นไปได้ในการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจจำนวน 10 ราย เช่น การใช้ภาษา ความเหมาะสมของเนื้อหา ภาพประกอบ และความเหมาะสมของเวลาที่ใช้

2. ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ณ หอผู้ป่วยหัตถการหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แล้วนำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยง 0.77 ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหาความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยง 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความยินยอม และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอม จากนั้นประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นข้อมูลพื้นฐาน โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คนให้แล้วเสร็จก่อน จึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI ผลการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านโดยพยาบาลเจ้าของไข้ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ โดยบรรยายประกอบโปรแกรม PowerPoint และมอบคู่มือความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและเมื่อกลับบ้าน โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา ผลการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังการตรวจ และการดูแลตนเองด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติ ทั้งนี้การให้ข้อมูลคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ซักถาม ตลอดการให้ข้อมูล ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ดังแผนภาพที่ 2

ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน ณ หอผู้ป่วยคัดกรองหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาโรคหัวใจและหลอดเลือด

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ ขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย และอธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดให้ 30 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เสร็จสิ้นก่อน
3. ประเมินความรู้ด้วยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน
4. หลังจากนั้นจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดย อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระดับการศึกษาเดียวกัน ระดับความรู้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไม่ต่างกัน และระดับความวิตกกังวลเดียวกันให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน และกำหนดเป็นกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน)

1. สร้างสัมพันธภาพ
2. เก็บรวบรวมข้อมูล (Pre-test) ด้วย
 - ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - ประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมิน STAI Form Y-1
3. ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลเจ้าของไข้

ประเมินผล (Post-test) ด้วย
ประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมิน STAI Form Y-1

กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

1. สร้างสัมพันธภาพ
2. เก็บรวบรวมข้อมูล (Pre-test) ด้วย
 - ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - ประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมิน STAI Form Y-1
3. ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ตามแนวคิดของ Leventhal & Johnson¹¹

ก่อนการส่งห้องตรวจสอบหัวใจ (ในหอผู้ป่วยคัดกรองหัวใจ)

การให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว (Face - to - Face) ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ สร้างขึ้นโดยโปรแกรม power point ร่วมกับแจกคู่มือ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังตรวจสวนหัวใจ และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

แผนภาพที่ 2 การดำเนินการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 671242 วันที่รับรอง 9 กรกฎาคม 2567 - 7 พฤษภาคม 2568 และในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักการของการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยการลงนามขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและการรักษา

ความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมโครงการวิจัยได้อ่านเอกสารชี้แจงและได้ให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือยินยอม และผู้วิจัยให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดการดำเนินการวิจัย อีกทั้งข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test) และการทดสอบแมนน์-วิตนีย์ ยู (Mann Withney U test)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired t-test

5. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

6. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Mann Withney U test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจของหอผู้ป่วยหัตถการหัวใจ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 ราย เปรียบเทียบความ

แตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบไคสแควร์ การทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) และการทดสอบแมนน์-วิตนีย์ ยู (Mann Withney U Test) พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนความรู้ก่อนการทดลองของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) โดยผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมเป็นชาย ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 64.06 ปี ($SD = 9.62$) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.7 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 46.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.7 สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 63.3 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 63.3 มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.3 ประวัติไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 70 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 73.3 ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหัวใจ ร้อยละ 56.7 ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นชาย ร้อยละ 56.7 อายุเฉลี่ย 63.3 ปี ($SD = 8.42$) สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.7 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 46.7 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.3 สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 66.7 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 66.7 มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 ประวัติไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 60 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 76.7 ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหัวใจ ร้อยละ 90 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.793 ^c
ชาย	18	60.0	17	56.7	
หญิง	12	40.0	13	43.3	
อายุ	Min = 43 Max = 81 Mean = 64.06 SD = 9.62		Min = 48 Max = 80 Mean = 63.33 SD = 8.42		.673 ^m
ศาสนา					1.000 ^c
พุทธ	30	100	30	100	
สถานภาพสมรส					.803 ^f
โสด	1	3.3	1	3.3	
สมรส	20	66.7	23	76.7	
หม้าย	6	20.0	5	16.7	
หย่าร้าง	2	6.7	1	3.3	
แยกกันอยู่	1	3.3	1	3.3	
อาชีพ					.438 ^f
รับราชการ	6	20.0	4	13.3	
พนักงานบริษัท	1	3.3	2	6.7	
รับจ้าง	2	6.7	16	53.3	
เกษตรกรกรรม	14	46.7	2	6.7	
ค้าขาย	5	16.7	6	20.0	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	6.7	4	13.3	
ระดับการศึกษา					1.000 ^c
ประถมศึกษา	14	46.7	14	46.7	
มัธยมศึกษา	9	30.0	9	30.0	
ปริญญาตรี	7	23.3	7	23.3	
รายได้ต่อเดือน (บาท)					.255 ^f
น้อยกว่า 5,000	14	46.7	14	46.7	
5,000 - 10,000	8	26.7	4	13.3	
10,001 - 15,000	0	0.0	1	3.3	
15,001 - 20,000	0	0.0	3	10.0	
มากกว่า 20,001	8	26.7	8	26.7	



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความเพียงพอของรายได้					.118 ^c
เพียงพอ	20	66.7	14	46.7	
ไม่เพียงพอ	10	33.3	16	53.3	
สิทธิการรักษา					.746 ^f
เบิกได้	6	20.0	5	16.7	
สวัสดิการจ่ายตรง	5	16.7	4	13.3	
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	19	63.3	20	66.7	
บัตรประกันสังคม	0	0.0	1	3.3	
การพักอาศัย					.572 ^f
อยู่ลำพัง	2	6.7	1	3.3	
อยู่กับบุตร/หลาน	8	26.7	6	20.0	
อยู่กับคู่สมรส	19	63.3	23	76.7	
อื่นๆ	1	3.3	0	0.0	
ประวัติโรคประจำตัว					.080 ^c
ไม่มีโรคประจำตัว	11	36.7	5	16.7	
มีโรคประจำตัว	19	63.3	25	83.3	
เบาหวาน	12	40.0	16	53.3	.301 ^c
ความดันโลหิตสูง	16	53.3	18	60.0	.602 ^c
ไขมันในเลือดสูง	9	30.0	16	53.3	.067 ^c
ไตวายเรื้อรัง	7	23.3	2	6.7	.071 ^f
อื่นๆ	6	20.0	0	0	.010 ^f
การสูบบุหรี่					.435 ^f
ไม่สูบ	21	70.0	18	60.0	
สูบ	3	10.0	6	20.0	
เลิกสูบน้อยกว่า 3 เดือน	3	10.0	1	3.3	
เลิกสูบบากกว่า 3 เดือน	3	10.0	5	16.7	
ระยะเวลาที่สูบ (ปี)	Min = 0 Max = 50 Mean = 10.50 SD = 18.21		Min = 0 Max = 60 Mean = 16.77 SD = 22.69		.318 ^m
การออกกำลังกาย					.766 ^c
ออกกำลังกายเป็นประจำ	8	26.7	7	23.3	
ไม่ออกกำลังกาย	22	73.3	23	76.7	

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหัวใจ					.640 ^f
ไม่มี	28	93.3	27	90.0	
มี	2	6.7	3	10.0	
คะแนนความรู้ก่อนการทดลอง	Min = 26		Min = 32		.744 ^m
	Max = 35		Max = 37		
	Mean = 33.5		Mean = 34.07		
	SD = 2.24		SD = 0.94		

c = Chi-square test, f = Fisher's Exact Test, m = Mann Withney U Test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ

เมื่อทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro wilk test พบว่า ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม ข้อมูลกระจายตัวแบบปกติ (p = .115) หลังการทดลองของกลุ่มควบคุม ข้อมูลกระจายตัวแบบปกติ (p = 0.818) ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง ข้อมูลกระจายตัวแบบปกติ (p = .455) หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ข้อมูลกระจายตัวแบบไม่ปกติ (p = .036) จึงทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติและก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน โดยใช้สถิติ Independent t-test

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ และก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ไม่แตกต่างกัน (p = .920) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติและก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (n = 30)

ความวิตกกังวล	Mean	SD	t-test	p-value	95% CI	
					Lower	Upper
ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ	48.93	3.99	0.101	.920	- 1.876	2.076
ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล	48.83	3.64				

2.2 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Dependent t-test



ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ หลังได้รับการพยาบาลตามปกติต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ ($n = 30$)

ความวิตกกังวล	Mean	SD	t-test	p-value	95% CI	
					Lower	Upper
ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ	48.93	3.99	12.268	$< .001$	2.889	4.045
หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ	45.46	3.58				

2.3 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ($n = 30$)

ความวิตกกังวล	Mean	SD	Mean rank	z	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล	48.83	3.63	0.00	-4.793	$< .001$
หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล	39.33	1.80	15.50		

2.4 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ หลังได้รับการพยาบาลตามปกติและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน โดยใช้สถิติ Mann Withney U test

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ต่ำกว่าหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ หลังได้รับการพยาบาลตามปกติและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ($n = 60$)

ความวิตกกังวล	Mean	SD	Mean rank	z	p-value
หลังการให้การพยาบาลตามปกติ	45.46	3.58	43.50	-5.797	$< .001$
หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล	39.33	1.80	17.50		

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ ส่วนใหญ่แล้วแพทย์และพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินโรคหัวใจจะไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังตรวจสวนหัวใจ และเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหัตถการหัวใจ เพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งห้องตรวจสวนหัวใจ พยาบาลเจ้าของไข้จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการตรวจสวนหัวใจ การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยใช้เวลาสั้นๆ เช่นกัน และไม่มีแบบแผนหรือรูปแบบที่ชัดเจน ขึ้นกับประสบการณ์การทำงาน ความรู้ความสามารถ หรือทักษะของพยาบาลแต่ละคน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่ทราบล่วงหน้าว่าจะได้รับการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ และมีระยะเวลาการได้รับข้อมูลค่อนข้างจำกัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้

แต่เมื่อผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนตามแนวคิดของ Leventhal & Johnson ให้ข้อมูลผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ ร่วมกับแจกคู่มือ โดยมีเนื้อหา

เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังตรวจสวนหัวใจ และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเป็นการให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว (Face-to-Face) กับผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลได้ประเมินจากความต้องการของผู้ป่วย ใช้การบรรยายประกอบโปรแกรม PowerPoint ร่วมกับแจกคู่มือที่มอบให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเนื้อหาโดยใช้หลักการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยได้แก่ 1) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องวิธีการ 2) ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก 3) คำแนะนำและสิ่งที่ต้องปฏิบัติ โดยใช้วิธีการสอนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหลังการให้ข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลง นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการสวนหัวใจโดยใช้กรอบแนวคิดของ Leventhal & Johnson เป็นการให้ความรู้รายบุคคลผ่านสื่อมัลติมีเดีย และแผ่น QR-code ทบทวนด้วยตนเองผ่านสมาร์ทโฟน ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความร่วมมือในการตรวจสวนหัวใจได้¹² และยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยวิธีการสอนแบบบรรยายรายบุคคลเกี่ยวกับการตรวจสวนหัวใจตามคู่มือ ทำให้ช่วยลดความวิตกกังวลลงได้¹⁵

ผลการศึกษาสนับสนุนทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง Leventhal & Johnson ซึ่งใช้หลักการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น การได้รับข้อมูลทำให้มีความรู้ความเข้าใจอย่างมีโครงสร้างทางความคิดและสามารถแปลความหมายสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าจะสามารถควบคุมสิ่งที่จะเผชิญในอนาคต¹¹ จึงลดความวิตกกังวลลง และให้ความร่วมมือในการตรวจสวนหัวใจ

2. หลังการทดลองผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน โดยให้ข้อมูลผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ บรรยายประกอบโปรแกรม PowerPoint ร่วมกับการฟังดนตรี โดยการให้ผู้ป่วยฟังดนตรีตามความชอบ ไม่มีเนื้อร้อง หลังจากนั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังตรวจสวนหัวใจ และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง และเปิดการรับรู้ผู้ป่วยให้กว้างขึ้น มีการรับรู้ที่ดีขึ้น¹⁴ และมีการศึกษาที่พบว่า ในผู้ป่วยที่ได้รับการสลายเนื้อด้วยคลื่นความถี่สูงที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลง และมีความพึงพอใจที่สูงขึ้น¹⁶ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า การเตรียมความพร้อม

และการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนการสวนหัวใจสามารถช่วยเพิ่มพูนความรู้ของผู้ป่วย และลดระดับความวิตกกังวลได้¹⁷ การให้ข้อมูลในรูปแบบแผ่นพับเกี่ยวกับการสวนหัวใจก่อนทำหัตถการมีความสำคัญอย่างยิ่งและเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดความเครียดที่ผู้ป่วยประหม่นด้วยตนเอง ลดความกลัว (โดยเฉพาะระยะสั้นและโดยรวม) และเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหัตถการได้¹⁸

สรุปได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ โดยใช้หลักการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยการให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว (Face-to-Face) ผ่านสื่อการให้ข้อมูล ร่วมกับแจกคู่มือที่ออกแบบให้เหมาะสมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจลดความวิตกกังวลลงได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนไปใช้ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ และควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนให้กับพยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อนนำไปใช้จริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ทำการศึกษาโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เช่น ความปวดแผลหลังตรวจสวนหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนหลังตรวจสวนหัวใจ เป็นต้น นอกจากนี้ควรให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมออกแบบ

โปรแกรม ซึ่งจะทำให้ได้โปรแกรมการให้ข้อมูลตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น รวมถึงให้มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายโดยใช้รูปแบบแอปพลิเคชัน เพื่อใช้เป็นช่องทางในการสื่อสารข้อมูลระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอกราบขอบพระคุณศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). [Internet]. [cited 2024 Jan 24]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual report. [Internet]. [cited 2024 Jan 24]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/dsp/journaldetail.php?publish=9554>. (in Thai).
3. Munjit W, Polsook R. Symptom experience and symptom management of post percutaneous coronary intervention among patients with coronary artery disease. RTN Med J 2022;49(2):398-416. (in Thai).
4. Pattanajak J, Saenmueang A, Kiatchosakun S. In-hospital complications of coronary angiogram and percutaneous coronary intervention: essential for cardiovascular nurses. Mahasarakham Hospital Journal 2019;16(2):50-61. (in Thai).
5. Tavakol M, Ashraf S, Brener SJ. Risks and complications of coronary angiography: a comprehensive review. Glob J Health Sci 2012;4(1):65-93.
6. Nilphruek E. Selected factors related to posttraumatic stress in patients with acute myocardial infarction. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2016. (in Thai).
7. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R, Vagg PR, Jacobs G. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist; 1983.
8. Buzatto LL, Zanei SSV. Patients' anxiety before cardiac catheterization. Einstein 2010; 8(4):483-87.
9. An K, De Jong MJ, Riegel BJ, McKinley S, Garvin BJ, Doering LV, et al. A cross-sectional examination of changes in anxiety early after acute myocardial infarction. Heart Lung 2004;33(2):75-82
10. National Health Security Office. Assessment criteria for registration as a service unit that receives specific referral procedures for treatment of percutaneous coronary intervention [Internet]. [cited 2024 Jun 7]. Available from: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/201/T11.PDF>. (in Thai).
11. Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field experimentation: development of a theory of self-regulation. In: Wooldridge PJ, Schmitt MH, Skipper JK, Leonard RC, editors. Behavioral science and nursing theory. St. Louis (MO): CV Mosby; 1983. p. 189-262.

12. Suwannapomngse K, Tanthunkanokrat F, Sookjit S. Effect of preparatory information on anxiety among patients undergoing coronary angiograms at Maharat Nakhon Ratchasima hospital. Thai Red Cross Nursing Journal 2022;15(1):77-96. (in Thai).
13. Tapinta D. Reducing anxiety in staff nurses caring for AIDS patients through cognitive modification and mindfulness training. [Dissertation, Department of Psychology]. Chulalongkorn University; 1991. (in Thai).
14. Watada N, Ua-kit N. Effects of giving planned information combined with music listening program on anxiety after cardiac catheterization among acute myocardial infarction patients. Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasim 2019;25(1):6-24. (in Thai).
15. Krueaklat S. Effects of social support before cardiac catheterization program on anxiety and readiness among patients with coronary artery disease. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Naresuan University; 2021. (in Thai).
16. Pradweerakul T, Chaiwongnakkpun C. The effects of self-efficacy enhancement program on the anxiety and satisfaction of patients with extracorporeal shock wave lithotripsy: ESWL. Journal of Nursing and Health Science Research 2024;16(2):e272602.
17. Aboalizm SE, El Gahsh NF, Masry SE. Effect of early nursing preparation on anxiety among patients undergoing cardiac catheterization. American Journal of Nursing Science 2016;5(5):222-31.
18. Malliarou M, Pappa V, Papathanasiou I, Andreanidis I, Nikolentzos A, Apostolakis I, et al. The effect of an information brochure on patients undergoing cardiac catheterization on their anxiety, knowledge and fear: a randomized controlled study. Health Psychol Res 2022;10(3):35640.



ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขของพนักงาน ในโรงงานผลิตกระป๋องแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ Factor Affecting Happiness Level of Workers in Canning Manufacturing and Processing Factory in Samutprakarn Province

กัญญ์วรา โชวพิทักษ์วัฒนา* นภัสวรรณ พชรธนาสาร**

Kanwara Showpitakvatana,* Napatsawan Patcharatanasan**

*,** กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี จ.ชลบุรี

*,** Occupational Medicine, Chonburi Hospital, Chonburi Province

* Corresponding Author: pparuppa@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขของพนักงานในโรงงานผลิตกระป๋องแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 400 คน โดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยบุคคล ปัจจัยงาน เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (IOC = 1.00) และค่าความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93 ร่วมกับการใช้เครื่องมือการวัดระดับความสุขด้วยตนเองในงาน วิเคราะห์ข้อมูลหาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนรายมิติสุขภาพกายดี มีคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำสุด (26.37 ± 12.42) ในขณะที่มิติจิตวิญญาณดี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (51.05 ± 52.71) ความสุขรวมทุกมิติของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 44.89 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน) ซึ่งจัดอยู่ในระดับไม่มีความสุข โดยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความสุขที่ลดลง ได้แก่ สถานภาพสมรส (หม้าย/หย่า/แยกกัน/เลิกรา) (Adjusted OR: 0.42, 95% CI: 0.20 - 0.88) และชั่วโมงการทำงานมากกว่า 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Adjusted OR: 0.32, 95% CI: 0.17 - 0.60) ในขณะที่ทิศทางองค์กรและภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของระดับความสุข (Adjusted OR: 1.78, 95% CI: 1.13 - 2.79)

คำสำคัญ: ความสุข การวัดระดับความสุขในงาน

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine factors affecting the happiness level of workers in a canning manufacturing factory in Samut Prakan Province. The study involved 400 participants and utilized a questionnaire consisting of personal factors, individual characteristics, and work-related factors. The questionnaire's content validity was assessed using the

Received: July 8, 2025; Revised: August 14, 2025; Accepted: August 25, 2025

Index of Congruence (IOC = 1.00), and its reliability was determined by a Cronbach's alpha coefficient of 0.93. Additionally, the “HAPPINOMETER” self-assessment tool was employed to evaluate the employees’ happiness levels. Multiple logistic regression analysis was used to identify influencing factors.

Among the various dimensions of happiness, the “Happy Body” dimension had the lowest average score (26.37 ± 12.42), while the “Happy Soul” dimension exhibited the highest average score (51.05 ± 52.71). The overall average happiness score across all dimensions was 44.89 out of 100, which was categorized as “unhappy”. Significant factors associated with lower happiness levels included marital status (widowed/-divorced/separated) (Adjusted OR = 0.42, 95% CI: 0.20 - 0.88), and working more than 15 overtime hours per week (Adjusted OR = 0.32, 95% CI: 0.17 - 0.60). In contrast, organizational direction and leadership were positively associated with higher happiness levels (Adjusted OR = 1.78, 95% CI: 1.13 - 2.79).

Keywords: happiness, HAPPINOMETER

≡≡≡ ความเป็นมาและความสำคัญ ≡≡≡ ของปัญหา

การสร้างองค์กรให้ตระหนักถึงความสุขในการทำงานเป็นประเด็นสำคัญสอดคล้องกับ Manion¹ ที่กล่าวว่า ความสุขเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา ทั้งในด้านชีวิตส่วนตัว ชีวิตการทำงาน หากบุคคลมีความสุขในการทำงานก็จะยังผลให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้สำเร็จได้ สอดคล้องกับ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์² ให้คำนิยามความสุขไว้ว่าเป็นภาวะที่บุคคลได้รับความพึงพอใจหรือสมหวังจากสิ่งต่างๆ รอบตัว เช่น การได้อยู่กับคนรัก การได้ทำงานที่พึงพอใจ และการปลอดภัยจากอันตราย Hale และคณะ³ อธิบายตามทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow ว่าความต้องการของมนุษย์มี 5 ชั้น ได้แก่ 1) ความต้องการทางกายภาพ (Physiological need) 2) ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัย (Safety need) 3) ความรักและความเป็นเจ้าของ (Love, Belonging) 4) ความเคารพนับถือ (Esteem) 5) ความสมบูรณ์ของชีวิต (Self-actualization) โดยความต้องการควรได้รับการเติมเต็มตามลำดับจากขั้นพื้นฐานสู่ขั้นสูง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า

ปัจจัยบุคคลด้านอายุ⁴ สถานภาพ⁵ ระดับการศึกษา⁶ รายได้ต่อเดือน⁷ มีผลต่อระดับความสุขของคนทำงาน รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน พบว่า ลักษณะงาน⁸ อายุงาน⁴ ชั่วโมงการทำงาน⁸ สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน⁹ การสนับสนุนจากองค์กร¹⁰ ความสำเร็จในหน้าที่การงาน¹¹ รวมไปถึงทิศทางการบริหารองค์กรและผู้นำ¹² มีผลต่อระดับความสุขของคนทำงานเช่นกัน ดังนั้นการส่งเสริมความสุขในการทำงานจึงควรพิจารณาทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านองค์กรควบคู่กัน

ข้อมูลสายด่วนกรมสุขภาพจิต¹³ ชี้ให้เห็นว่าวัยแรงงานประสบปัญหาเผชิญความเครียดสูง โดยพบว่า ร้อยละ 74.78 ของผู้รับบริการคำปรึกษา (5,989 จาก 8,009 สาย) เป็นวัยแรงงานที่มีปัญหาความเครียด วิตกกังวล หรือไม่มีความสุขในการทำงาน ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพจิตของกลุ่มแรงงานในทุกมิติ นโยบายสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ¹⁴ ที่เน้นการ “สานพลัง สร้างนวัตกรรม สื่อสารสุข” เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและวัฒนธรรมสุขภาวะในสังคม โดยอาศัย

ความร่วมมือจากภาครัฐและเอกชนในทุกกระดับ และมุ่งส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ กาย จิต ปัญญา และสังคม นอกจากนี้ยังมีแนวคิด Happy Workplace ที่ระบุว่า การสร้างความสุขในองค์กร ควรเริ่มต้นจากทรัพยากรบุคคล โดยมีองค์ประกอบ 8 ประการ คือ 1) สุขภาพดี (Happy body) 2) ผ่อนคลาย (Happy relax) 3) น้ำใจดี (Happy heart) 4) จิตวิญญาณดี (Happy soul) 5) ใฝ่หาความรู้ (Happy brain) 6) วางแผนการเงิน (Happy money) 7) มีครอบครัวดี (Happy family) และ 8) อยู่ในสังคมดี (Happy society)

จากการประชุมรัฐมนตรีความมั่นคงอาหาร APEC ครั้งที่ 7¹⁵ โดยกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ไทย ได้มีการผลักดันนโยบายส่งเสริมความมั่นคงทางอาหาร ซึ่งการส่งออกผลิตภัณฑ์อาหารจำเป็นต้องใช้บรรจุภัณฑ์ที่มีคุณภาพเพื่อรักษาความสดใหม่และปลอดภัยต่อผู้บริโภค ดังนั้นอุตสาหกรรมการผลิตกระป๋อง จึงมีความสำคัญต่ออุตสาหกรรมอาหารของไทยสู่ตลาดโลก ในเดือน มกราคม พ.ศ. 2566 การผลิตกระป๋องขยายตัวร้อยละ 2.1 โดยมีอัตราการใช้กำลังการผลิตร้อยละ 63.80 ผลิตภัณฑ์ที่ขยายตัวหลัก ได้แก่ อุตสาหกรรมอาหาร ข้าวโพดหวาน กระป๋อง ชาร์ดิน กระป๋อง หรือแม่ กระทั่ง อุตสาหกรรมอื่นที่เป็นส่วนสำคัญ เช่น เครื่องดื่มแปรรูป เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำอัดลม น้ำผลไม้ นมผง และเคมีภัณฑ์

ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมและพัฒนาอุตสาหกรรมการผลิตกระป๋องเพื่อเพิ่มผลกำไรและมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยเห็นว่า นอกจากการพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการผลิตแล้ว การพัฒนาศักยภาพและคุณภาพของบุคลากรซึ่งเป็นกำลังสำคัญในภาคการผลิตก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสุขและปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของพนักงานในโรงงานผลิตกระป๋องแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ โดยใช้เครื่องมือวัดระดับความสุขด้วยตนเอง

(HAPPINOMETER) และแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน เพื่อนำผลไปใช้พัฒนาและปรับปรุงปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขของพนักงานในโรงงานผลิตกระป๋องแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาหาระดับความสุขของพนักงานในโรงงานผลิตกระป๋องแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยบุคคลมีผลต่อระดับความสุขของพนักงานในโรงงานผลิตกระป๋องแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ
2. ปัจจัยงานมีผลต่อระดับความสุขของพนักงานในโรงงานผลิตกระป๋องแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขในงานของพนักงานโรงงานกระป๋องแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ โดยศึกษาปัจจัยบุคคลร่วมกับปัจจัยงานที่มีผลต่อระดับความสุขในงานที่วัดผลด้วยเครื่องมือการวัดระดับความสุขด้วยตนเอง (HAPPINOMETER) ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล¹⁶

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาชนิดภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากร

พนักงานทั้งหมดในโรงงานผลิตกระป๋องแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 800 คน

โดยเก็บตัวอย่างจากประชากรทั้งหมดเท่าที่เก็บได้ในทุกแผนกแบบสำมะโนครัว (Census based) ที่มีคุณสมบัติผ่านตามเกณฑ์การคัดเข้า

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

บรรจุเป็นพนักงานประจำในโรงงานผลิตกระป๋องแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ ที่มีความสามารถในการเข้าใจภาษาไทย สามารถอ่านออกเขียนได้อย่างคล่องแคล่ว และปฏิบัติงานในโรงงานตั้งแต่ระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป ในช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

พนักงานที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจหรือได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีโรคทางจิตเวชและพนักงานที่ตอบคำถามในแบบสอบถามและให้ข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน

กลุ่มตัวอย่าง

เก็บแบบสำมะโนครัว (Census based) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคิดเป็นร้อยละจากประชากรที่ต้องการศึกษา ขนาดจำนวนประชากร 800 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40¹⁷ คิดเป็น 320 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมดและป้องกันการสูญหายของข้อมูลอีกร้อยละ 25 คิดเป็น 80 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคิดเป็น 400 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยการสร้างบัญชีรายชื่อประชากรที่ศึกษาใส่หมายเลข 1 - 800 จากรายชื่อพนักงานแล้วทำการสุ่มด้วยคอมพิวเตอร์ให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง

2. แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับงาน จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ลักษณะงาน จำนวน 6 ข้อ ชั่วโมงการทำงานล่วงเวลา จำนวน 3 ข้อ

สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน จำนวน 4 ข้อ การสนับสนุนจากองค์กร จำนวน 3 ข้อ ความสำเร็จและการยอมรับในองค์กร จำนวน 3 ข้อ และทิศทางและภาวะผู้นำองค์กร จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสอบถามมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ได้แก่ 1 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด จากนั้นนำคะแนนรวมของแต่ละปัจจัยมาคำนวณค่าเฉลี่ย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวเวชศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน ผลการคำนวณดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) เท่ากับ 1 และการตรวจสอบความเที่ยงด้วยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93

3. แบบสอบถามการวัดระดับความสุขด้วยตนเอง (HAPPINOMETER) เป็นเครื่องมือสำหรับวัดระดับความสุขของคนทำงานระดับบุคคล พัฒนาโดยศูนย์วิจัยความสุขคนทำงานแห่งประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินระดับความสุข จำนวน 56 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก โดยกำหนดคะแนน ได้แก่ ตัวเลือกที่ 1 = 0 คะแนน ตัวเลือกที่ 2 = 25 คะแนน ตัวเลือกที่ 3 = 50 คะแนน ตัวเลือกที่ 4 = 75 คะแนน และตัวเลือกที่ 5 = 100 คะแนน จากนั้นนำคะแนนมาคำนวณค่าเฉลี่ยรายมิติ ครอบคลุม 9 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 สุขภาพกายดี (Happy body) มิติที่ 2 ผ่อนคลายดี (Happy relax) มิติที่ 3 น้ำใจดี (Happy heart) มิติที่ 4 จิตวิญญาณดี (Happy soul) มิติที่ 5 ครอบครัวดี (Happy family) มิติที่ 6 สังคมดี (Happy society) มิติที่ 7 ใฝ่รู้ดี (Happy brain) มิติที่ 8 สุขภาพเงินดี (Happy money) และมิติที่ 9 การงานดี (Happy work) การแปลผลคะแนนคำนวณจากคะแนนรวมทุกมิติ แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0.00 - 24.99 คะแนน หมายถึง ไม่มีความสุขอย่างยิ่ง 25.00 - 49.99 คะแนน

หมายถึง ไม่มีความสุข 50.00 - 74.99 คะแนน หมายถึง มีความสุข และ 75.00 - 100.00 คะแนน หมายถึง มีความสุขอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความสุขโดยรวมในปัจจุบัน จำนวน 1 ข้อ ให้ผู้ตอบระบุคะแนน 0 - 10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความสุข และ 10 คะแนน หมายถึง มีความสุขมากที่สุด ทั้งนี้คะแนนในส่วนที่ 2 ไม่ได้นำมารวมกับคะแนนของส่วนที่ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยรหัสโครงการ 33/67/R/q นี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 119/2567 วันที่รับรอง 25 กันยายน 2567 - 25 กันยายน 2568 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิตัวอย่างในการวิจัยโดยชี้แจงข้อมูลต่อพนักงานที่เข้าร่วมโครงการอย่างชัดเจนเกี่ยวกับสิทธิในการยินยอมหรือเข้าร่วมงานวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อหน้าที่การทำงาน ผู้วิจัยมีการเก็บรักษาข้อมูลของตัวอย่างในงานวิจัยที่ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงได้และนำเสนอผลการวิจัยเป็นองค์รวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติ SPSS Version 29.0 ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์อายุ อายุการทำงาน ชั่วโมงการทำงานล่วงเวลา รายได้ต่อเดือน นำเสนอข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	n (%) or Mean $\pm$ SD
เพศกำเนิด	
หญิง	249 (62.25)
ชาย	151 (37.75)
อายุ (ปี)	33.66 $\pm$ 9.59

2. วิเคราะห์เพศ สถานภาพสมรส การมีบุตร โรคประจำตัว/ภาวะปัญหาทางสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ลักษณะงาน การทำงานเป็นกะ สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานการสนับสนุนจากองค์กรความสำเร็จในงานและได้รับการยอมรับ ทิศทางองค์กรและภาวะผู้นำ นำเสนอข้อมูลด้วยความถี่และร้อยละ

3. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขของพนักงานโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวนทั้งหมด 400 คน พบว่า สัดส่วนเพศเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 33.60 ± 9.59 ปี เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาของพนักงานอยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 64 ในด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนของผู้ที่ยังโสด คิดเป็นร้อยละ 46.50 และไม่มีบุตรร้อยละ 65.75 ในมิติสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 75.30 ในส่วนรายได้ต่อเดือนเฉลี่ยอยู่ที่ช่วง 15,001 - 20,000 บาท ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	n (%) or Mean $\pm$ SD
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	8 (2.00)
มัธยมศึกษาตอนต้น	43 (10.75)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	108 (27.00)
ปวส./อนุปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	9 (24.00)
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	145 (36.25)
สถานภาพสมรส	
โสด	186 (46.50)
หม้าย/หย่า/แยก/เลิกกัน	23 (5.75)
แต่งงาน	191 (47.75)
จำนวนบุตร	
ไม่มีบุตร	236 (65.75)
มีบุตร	164 (41.00)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	301 (75.25)
มี	99 (24.75)
ผลกระทบต่อโรคประจำตัว	
ไม่มี	348 (87.00)
มี	52 (13.00)
รายได้ต่อเดือน (บาท)	
น้อยกว่า/เท่ากับ 15,000	76 (19.00)
15,001 - 20,000	118 (29.50)
20,001 - 30,000	65 (16.25)
30,001 - 50,000	100 (25.00)
ตั้งแต่ 50,001	41 (10.25)

ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุการทำงานเฉลี่ย 7.44 ปี ปฏิบัติงานอยู่ในสายผลิต คิดเป็นร้อยละ 76.70 ชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 9.55 ชั่วโมง/สัปดาห์ โดยมีจำนวนพนักงานที่ทำงานล่วงเวลาน้อยที่สุด คือ ไม่มีการทำงานล่วงเวลาเลย และจำนวนการทำงานล่วงเวลาที่สูงสุด 18 ชั่วโมง/สัปดาห์ ส่วนคะแนนความเหมาะสมของลักษณะงาน คะแนนสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน คะแนนการสนับสนุนจากองค์กร คะแนนความสำเร็จในงานและได้รับการยอมรับ คะแนนทิศทางองค์กรและผู้นำ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนของคะแนนเกี่ยวกับปัจจัยงาน

ปัจจัย	Mean $\pm$ SD
อายุการทำงาน (ปี)	7.44 $\pm$ 8.55
แผนการทำงาน	
สายงานสำนักงาน	93 (23.3)
สายงานผลิต	307 (76.7)
ชั่วโมงการทำงานล่วงเวลา (ชั่วโมง/สัปดาห์)	9.55 $\pm$ 6.95
คะแนนลักษณะงาน	3.77 $\pm$ 0.68
คะแนนสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน	3.59 $\pm$ 0.79
คะแนนการสนับสนุนจากองค์กร	3.52 $\pm$ 0.81
คะแนนความสำเร็จในงานและการได้รับการยอมรับ	3.64 $\pm$ 0.67
คะแนนทิศทางองค์กรและผู้นำ	3.55 $\pm$ 0.91

ความสุขในงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า โดยภาพรวมมีคะแนนความสุขทุกมิติเท่ากับ 44.89 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับไม่มีความสุข เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า มิติสุขภาพกายดี (Happy body) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 26.37 คะแนน ขณะที่มิติจิตวิญญาณดี (Happy soul) มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 51.05 คะแนน และระดับความสุขโดยรวมในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.91 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความสุขในภาพรวมและแยกรายมิติและระดับความสุขโดยรวมในปัจจุบัน

ความสุขรายมิติ	Mean $\pm$ SD
มิติที่ 1 สุขภาพกายดี (Happy body)	26.37 $\pm$ 12.42
มิติที่ 2 สุขภาพการงานดี (Happy relax)	43.3 $\pm$ 51.79
มิติที่ 3 น้ำใจดี (Happy heart)	28.21 $\pm$ 8.96
มิติที่ 4 จิตวิญญาณดี (Happy soul)	51.05 $\pm$ 52.71
มิติที่ 5 ครอบครัวดี (Happy family)	50.61 $\pm$ 17.77
มิติที่ 6 สังคมดี (Happy society)	44.83 $\pm$ 16.16
มิติที่ 7 ใฝ่รู้ดี (Happy brain)	50.21 $\pm$ 84.13
มิติที่ 8 การเงินดี (Happy money)	47.86 $\pm$ 17.01
มิติที่ 9 การงานดี (Happy work life)	50.07 $\pm$ 15.01
คะแนนรวมทุกมิติ (เต็ม 100 คะแนน)	44.89 $\pm$ 12.57
ระดับความสุขโดยรวมปัจจุบัน (0 ไม่มีความสุขเลย 10 มีความสุขที่สุด)	6.91 $\pm$ 1.76

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขในงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยสถานภาพ (หม้าย/หย่า/แยก/เลิกกัน) มีความสัมพันธ์กับโอกาสที่ระดับความสุขลดลง อย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR: 0.42, 95% CI: 0.20 - 0.88) ชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาที่มากกว่า 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับโอกาสที่ระดับความสุขลดลง อย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR: 0.32, 95% CI: 0.17 - 0.60) ในขณะที่องค์กรและผู้นำ มีความสัมพันธ์กับโอกาสที่ระดับความสุขเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR: 1.78, 95% CI: 1.13 - 2.79) ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขในการทำงานของพนักงานโรงงานกระป๋อง

ปัจจัย	Univariate		Multivariate	
	OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
1. เพศกำเนิด				
ชาย	Ref.	1		
หญิง	1.23 (0.78, 1.95)	0.369		
2. อายุ (ปี)				
< 35	Ref.			
≥ 35	1.31 (0.84, 2.03)	0.204	1.47 (0.74,2.91)	.268
3. ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	Ref.	1		
ปริญญาตรี/ เทียบเท่าหรือสูงกว่า	1.29 (0.82, 2.20)	0.296	0.76 (0.44, 1.32)	.330
4. สถานภาพสมรส				
แต่งงาน	Ref.	1		
โสด	0.72 (0.45, 1.15)	0.165	0.72 (0.41, 1.25)	.253
หม้าย/หย่า/แยก/เลิกกัน	0.48* (0.24,0.97)	0.04	0.42** (0.20,0.88)	.021
5. จำนวนบุตร				
มีบุตร	Ref.	1		
ไม่มีบุตร	1.03 (0.66, 1.60)	0.908		
6. โรคประจำตัว				
มี	Ref.	1		
ไม่มี	1.37 (0.80, 2.32)	0.248		
7. ผลกระทบต่อโรคประจำตัว				
มีผล	Ref.	1		
ไม่มีผล	1.50 (0.74, 2.04)	0.257		
8. รายได้ต่อเดือน (บาท)	Ref.	1		
ต่ำกว่า/เท่ากับ 15,000	0.70 (0.36, 1.37)	0.304		
15,001 - 20,000	1.16 (0.56, 2.41)	0.683		
20,001 - 30,000	1.47 (0.77, 2.82)	0.241		
30,001 - 50,000	0.74 (0.30,1.80)	0.503		
> 50,001				
9. อายุการทำงาน (ปี)	1 (0.98, 1.03)	0.952	0.98 (0.95, 0.12)	.376
10. แผนกการทำงาน				
สายงานผลิต	Ref.	1		
สายงานสำนักงาน	1.01 (0.60,1.70)	0.959		
11. คะแนนความเหมาะสมของลักษณะงาน	1.26 (0.91, 1.75)	0.160	0.59 (0.34, 1.01)	.053
12. คะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน	1.67* (1.23, 2.27)	0.001	1.36 (0.86,2 .13)	.187

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขในการทำงานของพนักงานโรงงานกระป๋อง (ต่อ)

ปัจจัย	Univariate		Multivariate	
	OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
13. คะแนนการสนับสนุนจากองค์กร	1.84* (1.35, 2.49)	< 0.001	1.28 (0.81, 0.21)	.295
14. คะแนนความสำเร็จในงานและการได้รับการยอมรับ	1.51* (1.08, 2.12)	0.017	1.03 (0.62, 1.72)	.907
15. คะแนนทัศนคติทางองค์กรและผู้นำ	1.84* (1.38, 2.44)	< 0.001	1.78** (1.13, 2.79)	.013
16. ชั่วโมงการทำงานล่วงเวลา (ชั่วโมง/ สัปดาห์)				
0 - 5	Ref.	1		
6 - 10	0.67 (0.32, 1.40)	0.284	0.69 (0.31, 1.5)	.345
11 - 15	0.93 (0.46, 1.87)	0.846	0.97 (0.44, 2.16)	.947
> 15	0.34* (0.20, 2.27)	< 0.001	0.32** (0.17, 0.6)	< .001

* มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis)

** มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariate analysis) และควบคุมปัจจัยกวน เพศ อายุ จำนวนบุตร โรคประจำตัว ผลกระทบโรคประจำตัว รายได้เดือน อายุการทำงาน แผนกงาน คะแนนความสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน คะแนนการสนับสนุนจากองค์กร คะแนนความสำเร็จในงาน และการได้รับการยอมรับ

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงซึ่งแตกต่างจากสัดส่วนแรงงานโดยรวมของภาคอุตสาหกรรมที่มีสัดส่วนเพศชายสูงกว่า เนื่องด้วยลักษณะงานเป็นงานที่ไม่ต้องใช้พละกำลังในการทำงานจึงส่งผลให้สัดส่วนเพศหญิงของพนักงานในโรงงานแห่งนี้สูงกว่าเพศชาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน¹⁸ ระบุข้อมูลด้านสถานการณ์แรงงานรวมของปี พ.ศ. 2567 ที่มีอัตราส่วนแรงงานเพศชายที่ถูกจ้างงานโดยรวมสูงกว่าเพศหญิง พนักงานส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 33.66 ± 9.59 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยทำงานหลัก (25 - 49 ปี) จัดเป็นกำลังสำคัญในภาคแรงงานที่ได้รับการบรรจุเข้าทำงานมากที่สุดเมื่อเทียบกับช่วงอายุอื่น ระดับการศึกษาโดยรวมอยู่ในต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 63.75 สอดคล้องกับข้อมูลแรงงานในภาคอุตสาหกรรมตามสถิติสำนักงานปลัดกระทรวง

แรงงาน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวเนื่องจากช่วงอายุของพนักงานอยู่ในช่วงวัยรุ่นถึงวัยกลางคน ทำให้มีโรคประจำตัวน้อยกว่าคนที่อายุมาก จากข้อมูลอัตราการป่วยของผู้ป่วยนอกจำแนกตาม 16 กลุ่มโรควินิจฉัยของประชากรภาคกลาง ปี พ.ศ. 2559 - 2565 จากสถิติผลลัพธ์สุขภาพ¹⁹ พบว่า อายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีอัตราการเกิดโรคเรื้อรัง 53.37 ต่อพันประชากร อายุเฉลี่ย 45 - 60 ปี มีอัตราการเกิดโรคเรื้อรัง 16.53 ต่อพันประชากร อายุเฉลี่ย 30 - 44 ปี มีอัตราการเกิดโรค 2.75 ต่อพันประชากร และอายุเฉลี่ย 15 - 29 ปี มีอัตราการเกิดโรคเรื้อรัง 0.23 ต่อพันประชากร รายได้เฉลี่ยของพนักงานอยู่ที่ 15,001 - 20,000 บาท/เดือน เฉลี่ยคิดเป็น 500 - 600 บาท/วัน ซึ่งสูงกว่าค่าแรงขั้นต่ำของเขตพื้นที่สมุทรปราการที่มีอัตราค่าแรงอยู่ที่ 372 บาท/วัน ณ วันที่วิเคราะห์ตามฐานข้อมูลกระทรวงแรงงาน²⁰ รายได้เฉลี่ยต่อวันของพนักงานโรงงานแห่งนี้จึงอยู่ในระดับที่สูงกว่าค่าแรงขั้นต่ำรายวัน ประกอบกับเมื่อพิจารณาพร้อมกับคะแนนรายมิติ



การเงินดี (Happy money) ที่มีตัวชีวิต คือ การผ่อนชำระหนี้สินต่างๆ การชำระหนี้เงินออม และความเพียงพอของค่าตอบแทนที่ได้รับ¹⁶ ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย 47.86 ± 17.01 หมายถึง พนักงานส่วนใหญ่เฉลี่ยมีรายได้พอๆกับรายจ่าย มีเงินออมปานกลาง ปัจจัยด้านรายได้จึงไม่มีผลต่อระดับความสุขของพนักงานในโรงงานนี้

ผลการวิเคราะห์คะแนนแยกรายมิติ พบว่า มิติสุขภาพกายดี (Happy body) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด แสดงให้เห็นความกังวลในสุขภาพกายของพนักงาน เนื่องจากลักษณะการทำงานของพนักงานที่มีการทำงานล่วงเวลาสูง ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าอ่อนเพลียทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ขาดเวลาและโอกาสในการดูแลสุขภาพจึงเป็นมิติที่ควรได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน ส่วนมิติที่ได้คะแนนเฉลี่ยรองลงมาเป็นลำดับที่สอง คือ มิติน้ำใจดี (Happy heart) แสดงให้เห็นถึงส่วนน้อยของพนักงานที่เห็นคุณค่าในการช่วยเหลือ แบ่งปันกันระหว่างพนักงาน หากมีการจัดกิจกรรมเพื่อสานสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานจะสามารถส่งเสริมให้องค์กรเป็นองค์กรแห่งความสุขและเพิ่มคะแนนในมิติส่วนนี้ได้ ในส่วนด้านมิติที่ได้คะแนนสูงที่สุด คือ มิติจิตวิญญาณดี (Happy soul) สะท้อนถึงการมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนา โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ²¹ รายงานว่า ประชากรร้อยละ 92.50 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 5.40 นับถือศาสนาอิสลาม และร้อยละ 1.20 นับถือศาสนาคริสต์ การมีศาสนาเป็นหลักยึดเหนี่ยวทางจิตใจอาจส่งเสริมให้พนักงานมีจิตใจที่ดี สามารถให้อภัยผู้อื่น ยอมรับข้อผิดพลาดของตนเอง และพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไขตนเอง มิติครอบครัวดี (Happy family) มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา สะท้อนให้เห็นว่าพนักงานมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว มีการปรึกษาหารือซึ่งกันและกัน ใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกัน และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งสิ่ง

เหล่านี้ช่วยส่งเสริมแรงบันดาลใจในการทำงาน และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวัลย์ สมธิ และคณะ⁵ ที่พบว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีและการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีส่วนช่วยส่งเสริมความสุขในการทำงาน สุดท้าย มิติใฝ่รู้ดี (Happy brain) เป็นมิติที่สะท้อนถึงความกระตือรือร้นของพนักงานในการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งเรียนรู้ต่างๆ รวมถึงการแสวงหาโอกาสในการเข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาทักษะ ความรู้ และศักยภาพของตนเอง อันนำไปสู่ความก้าวหน้าในหน้าที่การงานและความพึงพอใจในการทำงาน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ของ Hale และคณะ³ ซึ่งกล่าวว่า เมื่อความต้องการขั้นพื้นฐานได้รับการตอบสนองแล้ว บุคคลย่อมมีความต้องการในระดับที่สูงขึ้น โดยเฉพาะความต้องการได้รับการยอมรับและนับถือจากผู้อื่น ดังนั้นการพัฒนาความรู้และทักษะของตนเองจึงอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าและมีความสุขในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจณี พันธุ์ไพโรจน์⁹ ที่พบว่า ความก้าวหน้าในหน้าที่การงานมีผลต่อระดับความสุขในการทำงาน

สำหรับคะแนนเฉลี่ยรวมทุกมิติ พบว่า พนักงานมีคะแนนเฉลี่ยความสุขเท่ากับ 44.89 ซึ่งจัดอยู่ในระดับที่ไม่มีความสุข ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากคะแนนในมิติสุขภาพกายดี (Happy body) และมิติน้ำใจดี (Happy heart) ที่อยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับมิติอื่นๆ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ นิศากร โกศล และคณะ²² และสุพิศ ฤทธิ์แก้ว และคณะ⁸ ที่พบว่า พนักงานในโรงงานส่วนใหญ่มีค่าคะแนนเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมีความสุข ทั้งนี้ความแตกต่างของผลการศึกษานี้ อาจเนื่องมาจากบริบทของสถานประกอบการและลักษณะการทำงานที่แตกต่างกัน เช่น ภาระและความกดดันในการทำงาน ชั่วโมงการทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน ตลอดจนแนวทางการบริหารจัดการ

ขององค์กร และลักษณะของผู้นำ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจส่งผลต่อการรับรู้และระดับความสุขของพนักงาน แตกต่างกันไป นอกจากนี้ผลการประเมินระดับความสุข ปัจจุบันโดยรวมของพนักงานจากเส้นระดับความสุข ซึ่งกำหนดคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความสุขเลย และ 10 หมายถึง มีความสุขที่สุด พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 6.91 จาก 10 คะแนน โดยการประเมินดังกล่าวเป็นการสะท้อนความรู้สึกของพนักงาน ณ วันที่เข้ารับการประเมิน ดังนั้นหากในวันที่ประเมินพนักงานมีสภาพจิตใจที่ดีหรือมีความสุขก็อาจส่งผลให้คะแนนการประเมินความสุขปัจจุบันอยู่ในระดับสูง ในทางตรงกันข้าม การประเมินความสุขโดยรวมจากหลายมิติเป็นการพิจารณาความสุขในด้านต่างๆ อย่างครอบคลุม ทั้งสุขภาพกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ และการดำเนินชีวิต จึงอาจทำให้ผลการประเมินแตกต่างจากการประเมินความรู้สึก ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งได้

จากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระดับความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยบุคคล ด้านสถานภาพสมรส (หม้าย/หย่า/แยก/เลิกกัน) ปัจจัยงาน ด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงาน ด้านการสนับสนุนจากองค์กร ด้านความสำเร็จในงาน ด้านการได้รับการยอมรับในงาน ด้านทิศทางองค์กรและผู้นำ รวมถึงชั่วโมงการทำงานล่วงเวลา แต่เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariate analysis) พบว่า มีเพียง 3 ปัจจัยมีผลกระทบต่อระดับความสุขของพนักงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อมีการควบคุมปัจจัยอื่นแล้ว ได้แก่

1) สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก/เลิกกันอาจมีระดับความสุขในการทำงานต่ำกว่าพนักงานที่สมรสแล้ว เนื่องจากขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ที่ปรึกษา หรือเพื่อนคู่คิดในการเผชิญและจัดการปัญหาต่างๆ ทั้งจากการทำงานและการดำเนินชีวิต ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อความเครียดและความไม่

มั่นคงทางอารมณ์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของทิพวัลย์ สมิต และคณะ⁵ ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีผลต่อความสุขในการทำงานของแรงงานต่างด้าวในโรงงานอุตสาหกรรม โดยผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีมีแนวโน้มแห่งพึงพิงทางจิตใจและได้รับการสนับสนุนเมื่อเผชิญปัญหาและสอดคล้องกับ Kodithuwakku และคณะ²³ ที่ศึกษาระดับความสุขของพนักงานผลิตในโรงงานสิ่งทอ ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีผลต่อระดับความสุขในการทำงาน เนื่องจากคู่สมรสมีบทบาทในการให้กำลังใจและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ดังนั้นองค์กรควรส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์และทักษะการจัดการความเครียด เพื่อสนับสนุนความสุขในการทำงานของพนักงานทุกกลุ่ม

2) ชั่วโมงการทำงานล่วงเวลา พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ปฏิบัติงานล่วงเวลาเลย และปฏิบัติงาน ล่วงเวลาสูงสุด 18 ชั่วโมง/สัปดาห์ (72 ชั่วโมง/เดือน) ในกลุ่มพนักงานที่ปฏิบัติงานล่วงเวลามากกว่า 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (มากกว่า 45 ชั่วโมง/เดือน) พบว่า มีระดับความสุขในการทำงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากสัดส่วนพนักงานทั้งหมด พบว่า พนักงานที่ทำงานล่วงเวลามากกว่า 45 ชั่วโมง/เดือน มีมากถึงร้อยละ 67.03 จำนวนชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาที่มากเกินไปจึงส่งผลกระทบต่อทางลบมากกว่าผลทางบวกเนื่องจากสามารถก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียต่อร่างกายและจิตใจ เกิดความไม่สมดุลของงานและการใช้ชีวิต (Work-life balance) เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิขารีย์ แก้วไชยา และคณะ²⁴ ที่พบว่า พนักงานที่ทำงานล่วงเวลา 31 - 40 ชั่วโมง/เดือน มีระดับความสุขในการทำงานมากที่สุดในทางกลับกัน หากพนักงานที่มีชั่วโมงการทำงานที่น้อยเกินไปสามารถส่งผลกระทบต่อรายได้ต่อเดือนและส่งผลกระทบต่อระดับความสุขในการทำงานได้หากค่าตอบแทนนั้นไม่เป็นที่พึงใจของพนักงาน ILO²⁵ กล่าวว่า หากมีการ



ควบคุมกระบวนการทำงานได้ดีส่งผลให้การจัดการ
ชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสมจะส่งผลกับความสุขความ
พึงพอใจในการทำงานมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้นการมี
สมดุลของงานและการใช้ชีวิตที่ไม่มีด้านใดด้านหนึ่ง
มากเกินไปหรือน้อยเกินไปจะลดความอ่อนล้าต่อ
ร่างกายและจิตใจ ชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาจึงเป็น
ปัจจัยหลักที่มีผลต่อระดับความสุขในการทำงาน
ของพนักงาน

3) ทิศทางองค์กรและผู้นำมีความสัมพันธ์
เชิงบวกกับระดับความสุขในการทำงานของพนักงาน
โดยพนักงานส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อทิศทางองค์กร
และผู้นำในระดับปานกลาง แม้ในนโยบายการบริหาร
จะดี มีความซื่อสัตย์ โปร่งใส และมีวินัยที่ชัดเจน
รวมถึงมีความขัดแย้งน้อยลง แต่การสื่อสารที่ชัดเจน
และการเข้าถึงของผู้บริหารทุกระดับสามารถเสริมสร้าง
ความเชื่อมั่นของพนักงานต่อองค์กรได้ ทั้งนี้การ
ตระหนักถึงทิศทางองค์กรและผู้นำเป็นปัจจัยหลัก
ที่ส่งผลต่อความสุขของพนักงานเพิ่มขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เชฐธิดา
กุศลลาไสยานนท์ และคณะ²⁶ พบว่า ปัจจัยด้านผู้นำ
มีผลต่อคะแนนความสุขของพนักงานเป็นลำดับที่
สองรองจากปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน
สอดคล้องกับการศึกษาของ ภทรดนัย ไต้ไธสง²⁷ พบว่า
ปัจจัยด้านผู้นำมีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติกับระดับความสุขของพนักงาน
เนื่องจากหัวหน้าหรือผู้นำนั้นมีความสำคัญในการ
กำหนดบทบาทหน้าที่ของคนในองค์กร สร้างสรรค์
พัฒนาหน่วยงานให้เกิดความก้าวหน้า สร้างความเชื่อมั่น
จากศักยภาพ และส่งเสริมความโปร่งใสและยุติธรรม
ภายในองค์กร ซึ่งวิสัยทัศน์ที่ดีของผู้นำย่อมส่งผลให้
พนักงานมีความสุขในการทำงาน นอกจากนี้ยังสอดคล้อง
กับ วิชาดา แก้วนิมชัยศรี⁷ ที่ระบุว่า ปัจจัยที่มีผลต่อ
การสร้างองค์กรแห่งความสุขประกอบด้วย ปัจจัยด้าน
การทำงาน ผู้นำ และนโยบาย เช่นเดียวกับ Holt &
Powell²⁸ ที่พบว่า ทิศทางการบริหารและภาวะผู้นำ

ของบริษัทมีผลต่อระดับความสุขของพนักงานในธุรกิจ
ขนาดกลาง อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้แตกต่างจาก
การศึกษาของ จีระศักดิ์ ทรัพย์ประเสริฐ และคณะ²⁹
ที่พบว่า นโยบายด้านการบริหารงานไม่มีผลต่อความสุข
ของบุคลากรเมื่อวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร เนื่องจาก
ปัจจัยด้านสัมพันธภาพเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุน
จากองค์กร ความสำเร็จในงาน และการได้รับการยอมรับ
ไม่ส่งผลต่อระดับความสุข อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติเมื่อมีการควบคุมหรืออธิบายความสัมพันธ์
ด้วยปัจจัยอื่น อย่างไรก็ตามปัจจัยเหล่านี้ก็ยังเป็น
องค์ประกอบที่สำคัญขององค์กรแห่งความสุขจึง
ไม่ควรมองข้ามและผนวกเป็นส่วนหนึ่งในนโยบาย
การจัดการองค์กรแห่งความสุขต่อไป

ข้อจำกัดวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษา ณ จุด
เวลาหนึ่ง ร่วมกับปัจจัยบุคคลและปัจจัยงาน แต่ยังไม่
ขาดการศึกษาในปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
เช่น สถานที่ทำงาน ความสะอาด สุวีตติการ หากสามารถ
ศึกษาปัจจัยสภาพแวดล้อมเพิ่มเติมร่วมด้วยและ
ติดตามต่อเนื่องหลังจากได้มีการปรับปรุงปัจจัย
ดังกล่าวจะสามารถส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาและ
สร้างองค์กรแห่งความสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย ไปใช้

หน่วยงานที่ต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ
ระดับความสุขของพนักงานสามารถนำแบบสอบถาม
ไปประยุกต์หรือปรับใช้ต่อยอดให้เหมาะสมกับบริบท
ขององค์กรเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุข
ของคนในองค์กร โดยจากการศึกษาวิจัยนี้ พบว่า
ปัจจัยบุคคลในด้านสถานภาพสมรส ปัจจัยงานใน
ด้านชั่วโมงการทำงาน และด้านทิศทางองค์กรและ
ผู้นำเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความสุขของพนักงาน
ดังนั้นโรงงาน บริษัท หรือหน่วยงานที่มีบริบท

คล้ายกันและต้องการส่งเสริมระดับความสุขของพนักงานในองค์กรสามารถนำปัจจัยที่มีผลเหล่านี้ไปปรับปรุงภายในหน่วยงานเพื่อเพิ่มระดับความสุขของพนักงานและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานขององค์กรต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับทำวิจัย ครั้งต่อไป

จากการศึกษาคะแนนระดับความสุขของพนักงานโรงงานผลิตกระป๋องแห่งหนึ่ง พบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับความสุขอยู่ในเกณฑ์ไม่มีความสุข โดยปัจจัยหลักที่มีผลต่อระดับความสุข คือ ปัจจัยงาน ผู้วิจัยจึงแนะนำให้มีการศึกษาเพิ่มเติมในส่วนปัจจัยชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาซึ่งเป็นปัจจัยลบสำคัญต่อระดับ

ความสุขในงานร่วมกับติดตามการศึกษาระยะยาวหรือทดลองเปรียบเทียบระดับความสุขในการทำงานของพนักงานหลังปรับชั่วโมงการทำงานที่ลดลงเพื่อหาจำนวนชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำงานเสริมสร้างสมดุลของงานและการใช้ชีวิต ร่วมกับการจัดการให้องค์กรเป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace) ตามสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ⁷ ที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้คนทำงานมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจผ่านกระบวนการพัฒนาบุคลากรที่มีการให้ความสำคัญกับ “บุคลากร” เป็นหัวใจสำคัญ รวมถึงสร้างสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและการทำงานเพื่อประสิทธิภาพในการทำงานอย่างสมดุลและภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กร

เอกสารอ้างอิง

1. Manion J. Joy at work creating a positive workplace. J Nurs Adm 2003;33(12):652-9.
2. Wongpiromsarn Y, Buddhist psychology. [Internet]. [cited 2025 Jan 10]. Available from: http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news_ca.php?newsID=132&typeID=22&form=9. (in Thai)
3. Hale AJ, Ricotta DN, Freed J, Smith CC, Huang GC. Adapting Maslow's hierarchy of needs as a framework for resident wellness. Teach Learn Med 2019;31(1):109-18.
4. Saisoonthorn S, Thongborisut C, Rojniruttikul N. Happiness at work of employee in Glaxosmithkline (Thailand). Journal of Industrial Education 2015;14(3):431-37.
5. Smith T, Buapetch A, Isaramalai S. Factors affecting happiness at work of migrant workers in industrial factories. J Public Health 2016;46(2):113-27. (in Thai).
6. Lertyaso S, Chantamoly S, Suwan P, Hoonnirun P. Happiness promotion model for steel factory employees in Nonthaburi province. The Journal of the Thai Royal Army Nurses 2020;21(1):214-23. (in Thai).
7. Kaewniyomchaishri W. Factors affecting municipalities becoming happy organizations in Bueng Kan province. Veridian E-Journal 2013;6(2):501-13. (in Thai).
8. Ritkaew S, Aujirapongpan S, Pattanapradit U, Jutidharabongse J. The relationship between happiness and work performance of production operators of Suretex Company Limited. Journal of Management Sciences 2020;7(1):98-117. (in Thai).

9. Phanphairoj K. The factors affecting the happiness at work of faculty and staff in the Faculty of Nursing, Thammasat University. Thai Science and Technology Journal 2012;20(5 Suppl):379-89. (in Thai).
10. Rattananakintra D. Working environment factor affecting working happiness of hospital pharmacists under the office permanent secretary of Ministry of Public health. Veridian E -Journal Science and Technology Silapakorn university 2014;1(4):17-30. (in Thai).
11. Sricharoen P, Dararung K, Kaoun S. Development of employee happiness in the workplace Pathumthani province. Journal of Management and Local Innovation 2023;5(4):266-297. (in Thai).
12. Thananupappuna A, Murnpho S. The causal factors influencing work efficiency of employees in Bangkok. Journal of MCU Peace Studies 2022;10(1):200-14. (in Thai).
13. Department of Mental Health. Mental health reveals Jan 2023: working-age individuals stressed, highest unhappiness at work. [Internet]. [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2023/04/27584#:~:text=>. (in Thai).
14. Thai Health Promotion Foundation. Organization information. [Internet]. [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/about-thaihealth-2/>. (in Thai).
15. Manapensiri C. Thai Kitchen to the World — a once-missed policy may be making a comeback. [Internet]. [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.blockdit-.com/posts/6332d28a4a4f579889759bf2>. (in Thai).
16. Kittisuksatit S, Tangchonlatip K, Jarassit S, Saiprasert C, Boonyatearana P, Aree W. HAPPINOMETER: The happiness self assessment manual. Nakorn Pathom: Institute for population and social research, Mahidol University; 2012. (in Thai).
17. Tirakanun S. The use of statistics in social science research: guidelines for practice. Chulalongkorn University; 1999. (in Thai).
18. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Labour. Labour statistics yearbook 2024. Bangkok: Ministry of Labour; 2025. (in Thai).
19. Health information system development office. The number of outpatient visits and outpatient visit rate (per 1,000 population), disaggregated by sex and age, at the national and regional levels, from 2016 to 2022. (in Thai). [Internet]. [cited 2025 Jul 28]. Available from: <https://www.hiso.or.th/healthoutcome/sick.php>.
20. Ministry of Labour. Announcement of the Wage Committee on minimum wage rates (No. 13). Royal Gazette 2024 Dec 27;141(Special 359 Ngor):35-6. (in Thai).
21. National Statistical Office. Number of religious adherents classified by religion B.E. 2551, 2554, 2557, and 2561 [Internet]. [cited 2025 Jan 10]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230501053015_16851.pdf. (in Thai).



22. Kosol N, Sangchoey T, Kamonchot P. The factors affecting happiness at work of staff in the airports of Thailand public company limited. *Ratanabuth Journal* 2025;7(1):115-27. (in Thai).
23. Kodithuwakku L, Kodithuwakku C.N., Sathiyathan K, Khandu W, Chang T. The level of happiness among garment factory employees and factors affecting it, in two selected garment factories. *Ceylon of Medical Science* 2017;54(2):43-8.
24. Kawchaisa N, Hemrungron S, Buathong N. Work happiness and organizational commitment in the import and distribution company. *Chulalongkorn Med J* 2018;62(6):987-95. (in Thai).
25. International Labour Organization. Working time and work-life balance around the world [Internet]. [cited 2025 Apr 20]. Available from: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@travail/documents/publication/wcms_864222.pdf.
26. Kusalsaiyanon C, Thammakorn P, Kesssang S. The study of happiness factors at work affecting the efficient performance of employees in real estate business. *Journal of Business and Industrial Development* 2023;3(1):1-11. (in Thai).
27. Taithaisong P. Happiness at work of employee at True Distribution and Sales Company Limited, Regional Upper Northeast. *Journal of Humanities and Social Sciences Valaya Alongkorn* 2018;8(1):15-35. (in Thai).
28. Holt M, Powell S. Health and well-being in small and medium-sized enterprises (SMEs). What public health support do SMEs really need?. *Perspect Public Health* 2015;135(1):49-55.
29. Supprasert T, Waranaputi A, Pondee C, Sansook J. Factors affecting happiness at work of personnel of Rajamangala University of Technology Suvamabhum. *Journal of Nakhonratchasima College* 2021;15(2):1-15. (in Thai).



ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี Prevalence and Factors Associated with Falls among Older Adults with Type 2 Diabetes Mellitus, Laemsing Hospital, Chanthaburi Province

ณัฐกาญจน์ วิเศษฤทธิ์* ดาราวรรณ รongเมือง**

Nattakarn Wisesrit,* Daravan Rongmuang**

* โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จ.จันทบุรี

* Laemsing Hospital, Chanthaburi Province

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จ.สุราษฎร์ธานี

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

** Corresponding Author: drongmuang@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 254 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม การประเมินความสามารถในการเดินและทรงตัว แบบสอบถาม Thai DN4 (Douleur Neuropathique) และแบบสอบถาม SARC-F วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square tests, Fisher's exact test, Independent t-tests และ Binary logistic regression

ผลการวิจัย พบว่า 1) ความชุกของการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 24.8 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม และความเสี่ยงภาวะมวกล้มเนื้องานน้อย มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR = 2.96, 95% CI = 1.14 - 7.69, p = .026 และ Adjusted OR = 3.29, 95% CI = 1.51 - 7.14, p = .003 ตามลำดับ) ซึ่งตัวแปรทั้งสองตัวสามารถร่วมกันทำนายโอกาสการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 12.2

จากผลจากการวิจัยครั้งนี้บุคลากรสุขภาพควรให้ความสำคัญในการประเมินและป้องกันภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม และความเสี่ยงภาวะมวกล้มเนื้องานน้อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คำสำคัญ: การหกล้ม ผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความชุก

Received: July 23, 2025; Revised: October 28, 2025; Accepted: November 6, 2025

Abstract

This study was a descriptive cross-sectional study aimed at investigating the factors associated with falls among older adults with type 2 diabetes mellitus at Laemsing Hospital, Chanthaburi Province. The sample consisted of 254 older adults with type 2 diabetes mellitus who received care at Laemsing Hospital. Participants were selected using purposive sampling based on inclusion criteria. The research instruments included a personal information questionnaire, a peripheral neuropathy assessment, a gait and balance assessment, the Thai DN4 (Douleur Neuropathique) questionnaire, and the SARC-F questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, Fisher's exact test, Independent t-tests, and binary logistic regression.

The results showed that: (1) The prevalence of falls among older adults with type 2 diabetes mellitus was 24.8%; and 2) Factors significantly associated with falls were peripheral neuropathy and risk of sarcopenia (Adjusted OR = 2.96, 95% CI = 1.14 - 7.69, $p = .026$ and Adjusted OR = 3.29, 95% CI = 1.51 - 7.14, $p = .003$, respectively). Together, these two variables explained 12.2% of the variance in fall incidence among older adults with type 2 diabetes mellitus.

Based on the findings of this study, healthcare providers should emphasize the assessment and prevention of peripheral neuropathy and the risk of low muscle mass in older adults with type 2 diabetes.

Keywords: fall, older adult, type II diabetes mellitus, prevalence

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การหกล้มเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุอันดับสองของการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ไม่ตั้งใจ ในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการหกล้ม 684,000 คนทั่วโลก พบในผู้ที่อาศัยในประเทศที่มีรายได้ต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 80 และพบในผู้สูงอายุมากที่สุด¹ สำหรับในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2564 มีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มปีละประมาณ 3,030,900 - 5,506,000 คน ในจำนวนนี้จะมีผู้เสียชีวิต จำนวน 5,700 - 10,400 คน ต่อปี² การศึกษาในจังหวัดเชียงราย พบผู้สูงอายุมีประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 14.2³ และการศึกษาในกรุงเทพมหานคร พบผู้สูงอายุมีประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 25.4⁴

หากผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานด้วยจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น 1.49 เท่า โดยอุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานสูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไปในวัยเดียวกัน พบอุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ร้อยละ 49⁵

การหกล้มส่งผลให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ทั้งในระยะสั้น ได้แก่ การเกิดแผล กระดูกหัก สมองได้รับการกระทบกระเทือน และหากรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และในระยะยาว ได้แก่ การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นำไปสู่การเสียชีวิต⁶ การหกล้มเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการบาดเจ็บที่พบบ่อย ได้แก่ กระดูกสะโพกหักหรือศีรษะได้รับความกระทบกระเทือน⁷ ภายหลังการหกล้มผู้สูงอายุบางรายอาจเกิดความกลัวการหกล้มซ้ำ โดยการศึกษา

พบว่า ผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มมีความกลัวการหกล้ม ร้อยละ 35.84⁴ ความกลัวดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการเดินหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ส่งผลให้การเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวันลดลง และอาจนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงและเพิ่มภาระของผู้ดูแล การหกล้มทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้สูงอายุที่หกล้มสูงถึง 137,000 บาท ต่อครั้ง⁵ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ มีเกิดจากปัจจัยทั้งภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้แก่ อายุที่เพิ่มมากขึ้น ภาวะสุขภาพ การใช้ยารักษาโรคความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันความสามารถในการทรงตัว การใช้ยาหลายชนิด การใช้อินซูลิน ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย กล้ามเนื้ออ่อนแรงจากโรคเบาหวาน ภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม การสูญเสียความสามารถในการทรงตัวจากการสูญเสียความรู้สึกที่เท้า ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม และภาวะเปราะบาง⁵

โรงพยาบาลแหลมสิงห์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอแหลมสิงห์ ซึ่งเป็นอำเภอผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุ 6,899 คน คิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรอำเภอแหลมสิงห์⁹ และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการ จำนวน 1,643 ราย เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตาม แม้ผลการศึกษาข้างต้นเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากประชากรที่หลากหลาย แต่อาจไม่สะท้อนถึงบริบทของระบบบริการ การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม และปัจจัยทางคลินิกที่ปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งโรงพยาบาลแหลมสิงห์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีลักษณะเฉพาะ

ด้านโครงสร้างประชากรและการเข้าถึงบริการสุขภาพ จึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาเพื่อทราบข้อมูลในบริบทจริงของพื้นที่ และในปัจจุบันโรงพยาบาลแหลมสิงห์ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยจึงมีความตระหนักถึงความสำคัญของการค้นหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จึงสนใจศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแหลมสิงห์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาเป็นข้อมูลพื้นฐานมาวางแผนการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแหลมสิงห์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแหลมสิงห์

สมมติฐานการวิจัย

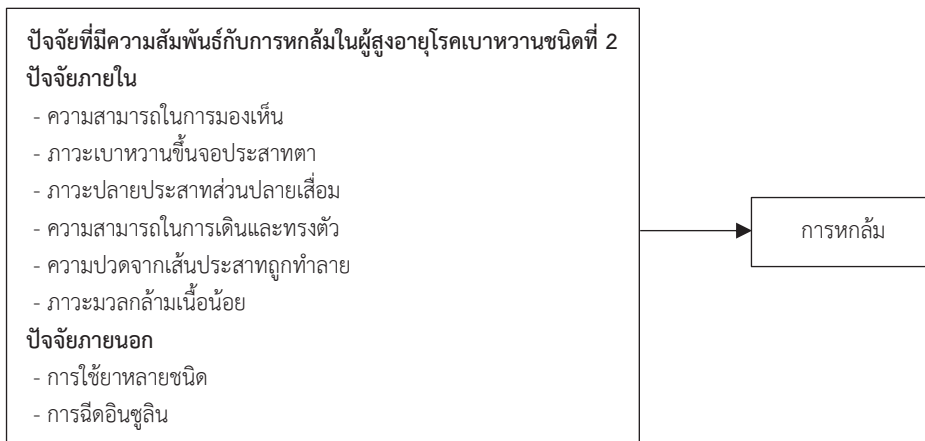
ความสามารถในการมองเห็น ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อมความสามารถในการเดินและทรงตัว ความปวดจากเส้นประสาทถูกทำลาย ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย การใช้ยาหลายชนิด และการฉีดอินซูลิน มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแหลมสิงห์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการหกล้มใน

ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พบทวนวรรณกรรม และคัดสรรปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาเป็นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็นที่ลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม 1.03 เท่า¹⁰ ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม 5 เท่า ภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม 6.26 เท่า¹¹ ความสามารถในการเดินและทรงตัวที่ลดลง เพิ่ม

ความเสี่ยงต่อการหกล้ม 2.49 เท่า¹⁰ ความปวดจากเส้นประสาทถูกทำลาย และภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการหกล้มในผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน¹²⁻¹³ ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม 2.39 เท่า และการฉีดอินซูลิน เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม 3.98 เท่า¹² ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้นเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันและปรับเปลี่ยนได้เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (A descriptive cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2568

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 2598 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ทั้งชายและหญิงที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามข้อเสนอแนะของ Peduzzi และคณะ¹⁴

ให้ข้อเสนอแนะว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิเคราะห์สมการถดถอย ควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 30 ราย ต่อตัวแปรต้น 1 ตัว เพื่อที่จะสามารถแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรต้น 8 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 240 ราย ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 254 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเบาหวานทั้งชายและหญิง ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี 2) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารเข้าใจ ไม่มีปัญหาในเรื่องการพูด การฟัง และการได้ยิน 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย มีเกณฑ์การคัดออก



ดังนี้ 1) มีภาวะพึงพาอย่างสมบูรณ์ คือ มีคะแนนความสามารถในกิจกรรมขั้นพื้นฐาน ≤ 4 คะแนน 2) มีประวัติการตัดข้อเท้าและนิ้วเท้า 3) มีแผลที่เท้าที่ส่งผลต่อความสามารถในการเดินและทรงตัว และ 4) ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาทหรือระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรครูมาตอยด์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือ แบบสอบถามความสามารถในกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ¹⁵ เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การประเมินกิจกรรมประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ คะแนนรวม (เต็ม) 20 คะแนน 0 - 4 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 5 - 8 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาอย่างรุนแรง 9 - 11 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาน้อย และ 12 - 20 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นการพึ่งพา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว การใช้ยาในปัจจุบัน การฉีดยาอินซูลิน ประวัติการหกล้ม ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา และผลการตรวจจักษุประสาทตา

2.2 การประเมินภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อมโดยการตรวจประเมินการรับรู้ความรู้สึกที่ฝ่าเท้าด้วย Monofilament ขนาด 5.07 (10 gm) จำนวน 4 จุด บริเวณอุ้งเท้าและนิ้วหัวแม่เท้า โดยผลการทดสอบต้องมีค่าเป็นบวก (สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าอย่างน้อย 1 จุด จาก 4 จุด)

2.3 การประเมินความสามารถในการเดินและทรงตัว การประเมินด้วยการทดสอบความสามารถ

ในการทรงตัว (Timed Up and Go Test: TUGT) โดยการจับเวลา (หน่วยเป็นวินาที) โดยให้ผู้สูงอายุ นั่งบนเก้าอี้แล้วลุกขึ้นยืน เดินไประยะ 3 เมตร แล้วเลี้ยวกลับมา นั่งเก้าอี้อีกครั้ง โดยขณะเดินให้สวมรองเท้าที่เคยสวมโดยไม่ต้องมีคนช่วยพยุงหรือใช้เครื่องช่วยเดิน ทำการทดสอบ 2 รอบ แล้วหาเวลาเฉลี่ย ผู้สูงอายุปกติที่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตัวเอง ควรใช้เวลาไม่เกิน 12 วินาที การแปลผลการทดสอบ ใช้เวลาในการเดิน > 30 นาที หมายถึง ความสามารถในการเดินและทรงตัวต่ำ ใช้เวลาในการเดิน 12 - 30 นาที หมายถึง ความสามารถในการเดินและทรงตัวปานกลาง และใช้เวลาในการเดิน < 12 นาที หมายถึง ความสามารถในการเดินและทรงตัวดี

2.4 แบบสอบถาม Thai DN4 (Douleur Neuropathique) แปลเป็นไทยโดย พงษ์ภรณ์ เจริญเกษมธริน และคณะ¹⁶ ใช้เพื่อประเมินอาการปวดเท้า และปวดตามร่างกายจากเส้นประสาทถูกทำลายในผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม จำนวน 10 ตัวเลือกเป็นคำบรรยายลักษณะความปวด (Sensory descriptors) และสัญญาณความปวด (Signs) และการตรวจร่างกายประเมินการรับรู้ความรู้สึก (Sensory examination) บริเวณที่ปวดและประเมินความปวดการสัมผัส เป็นคำถามที่ตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ถ้าตอบ “ใช่” ให้คะแนน 1 คะแนน และ “ไม่ใช่” ให้คะแนน 0 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 10 ถ้าคะแนนรวมมากกว่า 4 คะแนน แสดงว่า มีความปวดจากความผิดปกติทางระบบประสาท แบบสอบถามมีค่า predictive value เท่ากับ 86% sensitivity เท่ากับ 82.9% และ specificity เท่ากับ 89.9%

2.5 แบบสอบถาม SARC-F (The strength, assistance with walking, rising from a chair, climbing stairs, and falls questionnaire) แปลเป็นไทยโดย ภุชโรจน์ อัครพรไกรเลิศ และคณะ¹⁷ เพื่อใช้ประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน

การแปลผล หากคะแนนรวม 0 - 4 คะแนน หมายถึงมวลกล้ามเนื้อปกติ และหากมีคะแนน มากกว่า 4 คะแนน หมายถึงมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยแบบประเมินใช้ประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ มีค่า Reliability เท่ากับ 0.75 สำหรับผู้สูงอายุไทย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้สำหรับการประเมินอาการปวดเท้า ประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีค่า Validity และ Reliability ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ในการศึกษาครั้งนี้ แบบสอบถาม Thai DN4 และแบบสอบถาม SARC-F มีค่า Reliability เท่ากับ 0.73 และ 0.71 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมสิงห์ เมื่อได้รับการอนุญาตแล้วเริ่มดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ
2. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ ความสมัครใจในการเข้าร่วม และการรักษาความลับของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความยินยอมโดยสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม Thai DN4 (Douleur Neuropathique) แบบสอบถาม SARC-F และแบบประเมินความสามารถในการเดินและทรงตัว และภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

จังหวัดจันทบุรี เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 016/67 ลงวันที่ 17 เมษายน 2567 ในการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยไม่ได้มีการระบุชื่อ หรือรหัสตัวเลขใดๆ ที่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลต่อการรักษาแต่อย่างใด การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลจะเก็บรักษาไว้ในตู้เก็บเอกสารที่มีกุญแจล็อกและคอมพิวเตอร์ที่มีการตั้งค่ารหัสผ่าน มีเพียงทีมผู้วิจัยเท่านั้นที่มีกุญแจและทราบรหัสผ่าน ข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและการเผยแพร่สิ้นสุดลง

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และความชุกของการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางคลินิก ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่เกิดการหกล้ม และกลุ่มที่ไม่เกิดการหกล้ม ใน 1 ปี ที่ผ่านมา โดยตัวแปรเชิงกลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และตัวแปรต่อเนื่อง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (Multiple logistic regression) ด้วยวิธี Enter โดยการนำตัวแปรอิสระทั้งหมดเข้าสู่โมเดลพร้อมกัน ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ทำการตรวจสอบ Multicollinearity โดยใช้ค่าดัชนี VIF พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดมีค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.09 ถึง 1.22 แสดงว่า ไม่มี Multicollinearity



ผลการวิจัย

1. ความชุกของการหกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน 1 ปี ที่ผ่านมา ในการศึกษาครั้งนี้พบร้อยละ 24.8 ดังตารางที่ 1

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.6 (SD = 6.1) อายุเฉลี่ย 68.52 ปี เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่มีการหกล้มใน 1 ปี ที่ผ่านมา

และกลุ่มที่ไม่มีการหกล้มใน 1 ปี ที่ผ่านมา พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ที่หกล้มสูงกว่าผู้ที่ไม่หกล้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .023$) และเกิดในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีสัดส่วนการหกล้มสูงกว่ากลุ่มอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .010$) ส่วนข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคร่วม และความสามารถในการมองเห็น ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 254$)

ข้อมูลทั่วไป	รวมทั้งหมด ($n = 254$)	หกล้มใน 1 ปี ที่ผ่านมา		สถิติ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	เกิด ($n = 63$) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เกิด ($n = 191$) จำนวน (ร้อยละ)		
ความชุกของการหกล้มใน 1 ปี ที่ผ่านมา		63 (24.8)	191 (75.2)		
เพศ					
ชาย	82 (32.3)	15 (5.9)	67 (26.4)	$\chi^2 = 2.752$	.065
หญิง	172 (67.7)	48 (18.9)	124 (48.8)		
อายุ (ปี)	Mean = 68.52, SD = 6.1	Mean = 70.02, SD = 6.14	Mean = 68.02, SD = 5.97	$t = -2.28$	.023*
สถานภาพสมรส					
โสด	27 (10.6)	10 (3.9)	17 (6.7)	$\chi^2 = 2.837$	.242
สมรส	150 (59.1)	37 (14.6)	113 (44.5)		
หม้าย/หย่าร้าง	77 (30.3)	16 (6.3)	61 (24.0)		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9 (3.5)	3 (1.2)	6 (6.8)	$\chi^2 = 1.267$	.737
ชั้นประถมศึกษา	216 (85.0)	54 (21.3)	162 (63.8)		
ชั้นมัธยมศึกษา	23 (9.1)	4 (1.6)	19 (7.5)		
ปริญญาตรี/สูงกว่า	6 (2.4)	2 (0.8)	4 (1.6)		
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	95 (37.4)	28 (11.0)	67 (26.4)	$\chi^2 = 13.168$	.010**
ค้าขาย	38 (15.0)	16 (6.3)	22 (8.7)		
เกษตรกรรม	59 (23.2)	11 (4.3)	48 (18.9)		
รับจ้าง	56 (22.0)	7 (2.8)	49 (19.3)		
รับราชการ	6 (2.4)	1(0.4)	5 (2.0)		

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 254) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	รวมทั้งหมด (n = 254) จำนวน (ร้อยละ)	หกล้มใน 1 ปี ที่ผ่านมา		สถิติ	p-value
		เกิด (n = 63) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เกิด (n = 191) จำนวน (ร้อยละ)		
รายได้					
รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	165 (65.0)	39 (15.4)	126 (49.6)	$\chi^2 = .491$	.782
รายได้ 3,000 - 5,000 บาท/เดือน	68 (26.8)	19 (7.5)	49 (19.3)		
รายได้ 5,001 - 10,000 บาท/เดือน	21 (8.2)	5 (2.0)	16 (6.3)		
มีโรคร่วม					
มี	214 (94.9)	1 (0.4)	12 (4.7)	F = 2.151	.123
ไม่มี	13 (5.1)	62 (24.4)	179 (70.5)		
โรคร่วม					
โรคความดันโลหิตสูง	228 (89.8)	54 (21.3)	174 (68.5)	F = 1.495	.162
โรคหัวใจ	13 (5.1)	5 (2.0)	8 (3.1)	F = 1.370	.195
โรคข้อเข่าเสื่อม, ปวดข้อ	40 (15.7)	13 (5.1)	27 (10.6)	F = 1.508	.152
ชนิดของยาที่ใช้ในปัจจุบัน					
ยาเบาหวาน	243 (95.7)	60 (23.6)	183 (72.0)	F = .038	.542
ยายายหลอดเลือด	7 (2.8)	3 (1.2)	4 (1.6)	F = 1.258	.237
ยาลดความดันโลหิต	206 (81.1)	48 (18.3)	158 (62.2)	F = 1.319	.167
ยาขับปัสสาวะ	18 (7.1)	4 (1.6)	14 (5.5)	F = .069	.525
ยากลายกล้ามเนื้อ	7 (2.8)	4 (1.6)	3 (1.2)	F = 4.036	.066*
ยานอนหลับ	6 (2.4)	2 (0.8)	4 (1.6)	F = .240	.463
ยาแก้ปวด	12 (4.7)	4 (1.6)	8 (3.1)	F = .491	.343
ความสามารถในการมองเห็น					
มองเห็นชัดเจน (ไม่ใส่แว่น)	128 (50.4)	33 (13.0)	95 (37.4)	$\chi^2 = .133$	.936
มองเห็นชัดเจน (ใส่แว่น)	88 (34.6)	21 (8.3)	67 (26.4)		
มองเห็นไม่ชัดเจน	38 (15.0)	9 (3.5)	29 (11.4)		

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

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเฉลี่ยการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 10.1 ปี (SD = 7.2) ระดับน้ำตาลในเลือด 131.1 mg/dL (30.3) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด 7.3 mg% (SD = 1.3) เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่หกล้มมีภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม และมีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสูงกว่ากลุ่มไม่หกล้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .003 และ .001 ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ความสามารถในการเดินและทรงตัว ความปวดจากเส้นประสาทถูกทำลาย การใช้ยาหลายชนิด และการฉีดอินซูลิน ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 254)

ข้อมูลทั่วไป	รวมทั้งหมด (n = 254) จำนวน (ร้อยละ)	หกล้มใน 1 ปี ที่ผ่านมา		สถิติ	p-value
		เกิด (n = 63) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เกิด (n = 191) จำนวน (ร้อยละ)		
ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน (ปี)	Mean = 10.1, SD = 7.2	Mean = 10.79, SD = 7.44	Mean = 9.79, SD = 7.11	t = -.965	.336
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL)	Mean = 131.1, SD = 30.3	Mean = 135.33, SD = 29.78	Mean = 129.66, SD = 30.35	t = -1.293	.197
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมใน เลือด (mg%)	Mean = 7.3, SD = 1.3	Mean = 7.23, SD = 1.15	Mean = 7.30, SD = 1.33	t = .391	.696
ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา					
มี	23 (9.1)	7 (2.8)	16 (6.3)	F = .430	.333
ไม่มี	231 (90.9)	56 (22.0)	175 (68.9)		
ภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม					
ปกติ	231 (90.9)	51 (20.1)	180 (70.9)	F = 10.158	.003**
ผิดปกติ	23 (9.1)	12 (4.7)	11 (4.3)		
ความสามารถในการเดินและทรงตัว					
ไม่มีความเสี่ยงหกล้ม (< 10 วินาที)	100 (39.4)	19 (7.5)	81 (31.9)	$\chi^2 = 3.054$	.217
เสี่ยงหกล้มปานกลาง (11 - 20 วินาที)	148 (58.3)	42 (58.3)	106 (41.7)		
เสี่ยงหกล้มสูง (> 20 วินาที)	6 (2.4)	2 (.8)	4 (1.6)		
ความปวดจากเส้นประสาทถูกทำลาย					
มี	2 (.8)	1 (.4)	1 (.4)	F = .435	.435
ไม่มี	252 (99.2)	62 (24.4)	190 (74.8)		
ความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย					
มี	46 (18.1)	21 (8.3)	25 (9.8)	F = 13.092	.001**
ไม่มี	208 (81.9)	42 (16.5)	166 (65.4)		
การใช้ยาหลายชนิด					
มี	191 (75.2)	51 (20.1)	140 (55.1)	$\chi^2 = 1.488$	.223
ไม่มี	63 (24.8)	12 (4.7)	51 (20.1)		
การฉีดอินซูลิน					
มี	20 (7.9)	5 (2.0)	15 (5.9)	F = .000	.583
ไม่มี	234 (92.1)	58 (22.8)	176 (69.3)		

* p < .05, ** p < .011

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม และความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .026 และ .003 ตามลำดับ) โดยผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อมมีแนวโน้มที่จะหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติของปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม

ถึง 2.96 เท่า (Adjusted OR = 2.96, 95% CI = 1.14 - 7.69) และผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงการเกิดภาวะมวกล้ำมือน้อยมีโอกาสดเกิดการหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงการเกิดภาวะมวกล้ำมือน้อยถึง 3.29 เท่า (Adjusted OR = 3.29, 95% CI = 1.51 - 7.14) ซึ่งตัวแปรทั้งสองตัวสามารถร่วมกันทำนายโอกาสการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ร้อยละ 12.2 (Nagelkerke R^2 = .122) และสามารถทำนายถูกต้อง (Percentage correct) ร้อยละ 76 ส่วนความสามารถในการมองเห็น ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ความสามารถในการเดินและทรงตัว ความปวดจากเส้นประสาทถูกทำลาย การใช้ยาหลายชนิด และการฉีดอินซูลิน ไม่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการศึกษาครั้งนี้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 254)

ปัจจัย	β	SE	Adjusted OR (95% CI)	p-value
ความสามารถในการมองเห็น (มองเห็นไม่ชัดเจน)	.335	.501	1.401 (.524 - 3.743)	.502
ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (มี)	-.379	.504	.679 (.242 - 1.902)	.461
ภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม (มี)	-1.084	.486	2.96 (1.14 - 7.69)	.026
ความสามารถในการเดินและทรงตัว (เสี่ยงหกล้มสูง)	.657	1.050	1.930 (.246 - 15.124)	.531
ความปวดจากเส้นประสาทถูกทำลาย (มี)	-.800	1.691	.450 (.061 - 12.368)	.637
ความเสี่ยงภาวะมวกล้ำมือน้อย (มี)	-1.191	.396	3.29 (1.51 - 7.14)	.003
การใช้ยาหลายชนิด (มี)	-.402	.380	.668 (.316 - 1.410)	.290
การฉีดอินซูลิน (มี)	1.014	1.783	1.033 (.329 - 3.239)	.956

Method Enter, -2Loglikelihood = 262.786, Cox & Snell R^2 = .082, Nagelkerke R^2 = .122, Percentage correct = 76, p < .001

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

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้ ความชุกของการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการศึกษาครั้งนี้ พบร้อยละ 24.8 ทั้งนี้เนื่องจากการป่วยด้วยโรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การสูญเสียมวกล้ำมือน้อย การเสื่อมของประสาทรับความรู้สึก การสูญเสียความสามารถในการทรงตัวจากภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁶ และจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่เกิดการหกล้มสูงกว่ากลุ่มที่ไม่หกล้มในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มโอกาสการเกิดการหกล้มได้มากขึ้น¹⁸ ความชุกของการศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาในประเทศไต้หวัน ที่รายงานอุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยในชุมชนร้อยละ 19.7¹⁹ และใกล้เคียงกับในประเทศศรีลังกาที่พบร้อยละ 22⁷ ผลจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อมมีโอกาสหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติของปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม 2.96 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม ทำให้การรับรู้ความรู้สึกที่ฝ่าเท้าลดลง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องของระบบประสาทรับความรู้สึก โดยเฉพาะบริเวณปลายเท้า ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกข้อต่อ การสัมผัสเหวี่ยง แรงกด และความเจ็บปวด ที่ขาและเท้าและสูญเสียปฏิกิริยาในการทรงตัว ตลอดจนทำให้มีความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการร่วมด้วย จึงทำให้ความสามารถในการทรงตัวและการเดินลดลง จึงเพิ่มโอกาสการสะดุดหรือล้มลงได้ง่าย เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม²⁰ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้สูงอายุเบาหวานที่มีภาวะปลายประสาทเสื่อมมีความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น²¹ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Asif และคณะ²² ที่พบว่า การสูญเสียความรู้สึกที่เท้ามีความสัมพันธ์กับการลดลงของความสามารถในการทรงตัวขณะยืนและเดิน และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อมมีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติของปลายประสาทส่วนปลายเสื่อมถึง 3.46 เท่า²³ ดังนั้นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงควรได้รับการประเมินความผิดปกติในการรับรู้ความรู้สึกที่ฝ่าเท้า เพื่อเป็นการคัดกรองภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม ทั้งนี้เพื่อให้สามารถวางแผนป้องกันการหกล้มได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ยังพบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีโอกาสหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงถึง 3.29 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อบริเวณต้นขาและแกนกลางลำตัว ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการพยุงร่างกายและรักษาการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลให้การตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการหกล้มลดลง เพิ่มโอกาสในการเกิดการหกล้มได้มากขึ้น²⁴ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Yeung และคณะ²⁵ ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และควรได้รับการประเมินอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับแนวทางของ European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP)²⁶ ซึ่งแนะนำให้มีการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน SARC-F เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เช่น การหกล้ม การสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และภาวะทุพพลภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีความสำคัญในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นควรพิจารณาเพิ่มการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเป็นส่วนหนึ่งของการคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้สามารถค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และนำไปสู่การป้องกันหรือลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาวได้อย่างเหมาะสม

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความสามารถในการมองเห็นและภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการมองเห็นไม่ชัดเจนมีเพียงร้อยละ 15 และร้อยละ 90.9 ไม่มีความสามารถในการเดินและการทรงตัวอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheng และคณะ²⁷ ที่พบว่า ความรุนแรงของความบกพร่องทางการมองเห็นมีผลต่อการทรงตัว อย่างมีนัยสำคัญเมื่อความบกพร่องอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง สำหรับความสามารถในการเดินและการทรงตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้มมีเพียงร้อยละ 2.4 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อยจึงอาจไม่เพียงพอที่จะแสดงความสัมพันธ์ทางสถิติได้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเดินได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยเดิน นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดจากภาวะเส้นประสาทถูกทำลายในสัดส่วนที่น้อยมากเพียงร้อยละ 0.8 ซึ่งแตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมของ Ahmed และคณะ¹² ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อมชนิดมีอาการมีโอกาสหกล้มเพิ่มขึ้น 1.6 เท่า แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้ยาหลายชนิดถึงร้อยละ 75.2 แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับการหกล้ม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุได้รับการดูแลและติดตามการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างใกล้ชิด เช่น การประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา และการทบทวนความเหมาะสมของการใช้ยา โดยเฉพาะยาที่มีผลกระทบต่อระบบประสาท เช่น ยานอนหลับและยาลดความดันโลหิต ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม ขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฉีดอินซูลิน ร้อยละ 92.1 ซึ่งอาจสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และอาจมีความเสี่ยงต่อ

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการใช้อินซูลินน้อยลง ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามแม้ว่าปัจจัยดังกล่าวจะไม่พบความสัมพันธ์กับการหกล้มในการศึกษาครั้งนี้ แต่ยังคงเป็นปัจจัยที่บุคลากรสุขภาพควรให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยงตามระยะเวลาของโรคและภาวะสุขภาพ บุคลากรสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยเน้นการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมหลายมิติ และการจัดการเชิงรุกที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย²⁸

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติได้ ส่งผลให้ปัจจัยบางประการไม่แสดงความสัมพันธ์กับการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษาครั้งนี้ อย่างไรก็ตามระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น ภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อมและภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดยเฉพาะระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้ผลการศึกษาสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้

≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ≡

1. ผู้บริหารระดับนโยบายควรสนับสนุนให้มีการบูรณาการการคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและการหกล้ม ให้เป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพพื้นฐานในคลินิกโรคเบาหวาน เนื่องจากเป็นความเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ

2. บุคลากรที่มีสุขภาพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ควรมีการคัดกรองภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม ซึ่งสามารถทำได้ง่ายโดยใช้โมโนฟิลาเมนต์ และการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ด้วยการใช้แบบประเมิน SARC-F ถึงแม้ว่าแบบคัดกรองจะมีความไว้น้อยก็ตาม ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดการหกล้มในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

3. จากผลการวิจัย พบว่า ภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 บุคลากรสุขภาพควรจัดโปรแกรมเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างมวลกล้ามเนื้อ การตรวจความรู้สึที่ฝ่าเท้าอย่างสม่ำเสมอ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Falls [Internet]. [cited 2025 Jul 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
2. Srichang N, Kawee L. Report on the prediction of falls among older adults (aged 60 years and over) in Thailand from 2017 to 2021. Nonthaburi: Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2022. (in Thai).
3. Thanomwong A, Khomarwut S, Satrakom W, Wonngnuch P. Prevalence and factor associated with falling among older adults in Ban Den San Sai village, Thung Ko sub-district, Wiang Chiang Rung district, Chiang Rai province, Thailand. J Health Sci Altern Med 2020;2(2):23-6.
4. Sitdhiraksa N, Piyamongkol P, Chaiyawat P, Chantanachai T, Ratta-Apha W, Sirikunchoat J, et al. Prevalence and factors associated with fear of falling in community-dwelling Thai elderly. Gerontology 2021;67(3):276-80.
5. Freire LB, Brasil-Neto JP, da Silva ML, Miranda MG, de Mattos Cruz L, Martins WR, et al. Risk factors for falls in older adults with diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr 2024;24(1):201.
6. Vinik AI, Camacho P, Reddy S, Valencia WM, Trence D, Matsumoto AM, Morley JE. Aging, diabetes, and falls. Endocr Pract 2017;23(9):1117-39.

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

1. จากข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่หลากหลายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งนี้เพื่อให้สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มระหว่างกลุ่มที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ และสามารถอ้างอิงผลการศึกษาสู่ประชากรผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในบริบทจริง ทั้งในระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ

2. จากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบโปรแกรมเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยเริ่มตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง กิจกรรมการส่งเสริมการสร้างมวลกล้ามเนื้อ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม

7. Sandeepani WANR, Wettasinghe AH. Prevalence, circumstances, and consequences of falls in older adults with type 2 diabetes mellitus – a descriptive cross-sectional study in selected urban hospitals in Sri Lanka. Sri Lanka. J Physiother Rehabil Sci 2025;1(1):34-45.
8. Peng K, Tian M, Andersen M, Zhang J, Liu Y, Wang Q, et al. Incidence, risk factors and economic burden of fall-related injuries in older Chinese people: a systematic review. Inj Prev 2019;25(1):4-12.
9. Laemsing District Public Health Office. Civil registration as of June 30, 2023. Chanthaburi: Laemsing District Public Health Office; 2023. (in Thai).
10. Wettasinghe AH, Dissanayake DW, Allet L, Katulanda P, Lord SR. Falls in older people with diabetes: identification of simple screening measures and explanatory risk factors. Prim Care Diabetes 2020;14(6):723-8.
11. Bayrak M, Kaşali K, Güner M, Cadirci K, Kılıç AF, Binici DN. Risk factors influencing fall risk in geriatric patients with type 2 diabetes: a comprehensive analysis. Aging Male 2025;28(1):2469614.
12. Ahmed FW, Mahato A, Mahmood J, Akram M, Basra AA, Zahra FT, et al. Association between diabetic peripheral neuropathy and risk of falls in adults with type 2 diabetes: a narrative review. Indus Journal of Bioscience Research 2025;17;3(6):190-7.
13. Sarodnik C, Bours SP, Schaper NC, Van Den Bergh JP, Van Geel TA. The risks of sarcopenia, falls and fractures in patients with type 2 diabetes mellitus. Maturitas 2018;109:70-7.
14. Peduzzi P, Concato J, Feinstein AR, Holford TR. Importance of events per independent variable in proportional hazards regression analysis II. Accuracy and precision of regression estimates. J Clin Epidemiol 1995;48(12):1503-10.
15. Jitapunkul S. Principles of geriatric medicine. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2001.
16. Chaudakshetrin P, Prateepavanich P, Chira-Adisai W, Tassanawipas W, Leechavengvongs S, Kitisomprayoonkul W. Cross-cultural adaptation to the Thai language of the neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). J Med Assoc Thai 2007;90(9):1860-5.
17. Akarapornkrailert P, Muangpaisan W, Boonpeng A, Daengdee D. Validation of the Thai version of SARC-F, MSRA-7, and MSRA-5 questionnaires compared to AWGS 2019 and sarcopenia risks in older patients at a medical outpatient clinic. Osteoporos Sarcopenia 2020;6(4):205-11.
18. Wang X, Chen Z, Li Z, Chen B, Qi Y, Li G, et al. Association between frailty and risk of fall among diabetic patients. Endocr Connect 2020;9(10):1057-64.
19. Lin CL, Wu HC, Yu NC, Liu YC, Chiu IY, Chien WC. Risk factors for falls in older adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. Medicine (Baltimore) 2024;103(50):e40895.

20. Ahmed FW, Mahato A, Mahmood J, Akram M, Basra AA, Zahra FT, et al. Association between diabetic peripheral neuropathy and risk of falls in adults with type 2 diabetes: a narrative review. *IJBR* 2025;3(6):190-7.
21. Cheng Z, Li X, Xu H, Bao D, Mu C, Xing Q. Incidence of accidental falls and development of a fall risk prediction model among elderly patients with diabetes mellitus: a prospective cohort study. *J Clin Nurs* 2023;32(7-8):1398-409.
22. Asif M, Batool S. Association between diabetic neuropathy, fall risks and balance in diabetes type 2 patients. *Rawal Med J* 2020;45(1):27-30.
23. Vongsirinavarat M, Kraiwong R. Falls among older people with type 2 diabetes mellitus with peripheral neuropathy. *Siriraj Medical Journal* 2021;73(2):92-8.
24. Nishikawa H, Fukunishi S, Asai A, Yokohama K, Ohama H, Nishiguchi S, et al. Sarcopenia, frailty and type 2 diabetes mellitus. *Mol Med Rep* 2021;24(6):854.
25. Yeung SS, Reijnierse EM, Pham VK, Trappenburg MC, Lim WK, Meskers CG, et al. Sarcopenia and its association with falls and fractures in older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2019;10(3):485-500.
26. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing* 2019;48(1):16-31.
27. Cheng LY, Leung SY, Leung MK. The association of glycemic control and fall risk in diabetic elderly: a cross-sectional study in Hong Kong. *BMC Prim Care* 2022;23(1):192.
28. Suwan P, Kanthanaphat N, Soawaphan J, Intarasongkor S, Uonkeaw A, Hankla S. The development of practice guideline for preventing fall using 10 P's multifactorial concepts among older adults in community. *RTN Med J* 2020;47(2):414-31. (in Thai).

การศึกษาผลการใช้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ

A Study of the Use of Smart Adult E-Learning for Nursing in the Adult and Geriatric Nursing II Course at the Royal Thai Navy College of Nursing

นางนุช จิตราวัชต์* กนกเลขา สุวรรณพงษ์** สมหทัย เชื้อพลบ**

Nongnuch Jitrarat,* Kanoklekha Suwannapong,** Somhatai Cheuplob**

*,** วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ กรุงเทพมหานคร

*,** Royal Thai Navy College of Nursing, Bangkok

** Corresponding Author: nongnuchj@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนพยาบาลทหารเรือชั้นปีที่ 2 ภายหลังการใช้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing เสริมการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการใช้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และ 3) ศึกษาความพึงพอใจของนักเรียนพยาบาลทหารเรือชั้นปีที่ 2 ต่อการใช้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนพยาบาลทหารเรือชั้นปีที่ 2 ของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ในปีการศึกษา 2568 จำนวน 59 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing 2) คู่มือการใช้งานสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing 3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 4) แบบบันทึกการเข้าใช้งานสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing และ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้อ้างอิง Smart Adult E-Learning for Nursing โดยเครื่องมือฉบับที่ 1 - 4 มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 1 และเครื่องมือฉบับที่ 5 มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาระหว่าง 0.67 - 1 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของ สเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนพยาบาลทหารเรือชั้นปีที่ 2 ภายหลังการใช้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing เสริมการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 อยู่ในระดับดี (Mean = 3.31, SD = 0.32) 2) ระยะเวลาการเข้าใช้งานสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing ไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ($r_s = -.02$, $p = .88$) และ 3) ความพึงพอใจของนักเรียนพยาบาลทหารเรือชั้นปีที่ 2 ต่อการใช้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

Received: June 24, 2026; Revised: July 31, 2026; Accepted: August 3, 2026

และผู้สูงอายุ 2 ในภาพรวม มีความพึงพอใจมากที่สุด (Mean = 4.57, SD = 0.41) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing เป็นสื่อการเรียนรู้ที่ได้รับการยอมรับจากผู้เรียน และสามารถนำไปใช้ เป็นสื่อเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองนอกเวลาเรียนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 เพื่อส่งเสริม การบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชาในปีการศึกษาต่อไป

คำสำคัญ: สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน นักเรียนพยาบาลทหารเรือชั้นปีที่ 2 ความพึงพอใจของผู้เรียน

Abstract

This descriptive research aimed to: (1) examine the academic achievement of second-year naval nursing students after using the Smart Adult E-Learning for Nursing media in the Adult and Geriatric Nursing II course; (2) examine the relationship between the duration of Smart Adult E-Learning for Nursing usage and learning achievement; and (3) investigate the satisfaction of second-year naval nursing students regarding the use of the Smart Adult E-Learning for Nursing media. The sample consisted of 59 second-year naval nursing students from the Royal Thai Navy College of Nursing who were enrolled in the Adult and Geriatric Nursing II course during the 2025 academic year. The research instruments included: (1) the Smart Adult E-Learning for Nursing media; (2) a user manual for Smart Adult E-Learning for Nursing; (3) a demographic questionnaire; (4) media access logs; and (5) a satisfaction questionnaire. Instruments 1 - 4 had an Item-Objective Congruence (IOC) index of 1.00; and instrument 5 had an IOC index ranging from 0.67 - 1 with a Cronbach's alpha coefficient of 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that: (1) the learning achievement of second-year nursing students after using Smart Adult E-Learning for Nursing as a supplementary learning tool in the Adult and Geriatric Nursing II course was at a good level (Mean = 3.31, SD = 0.32); (2) time spent using the media showed no statistically significant relationship with academic achievement ($r_s = -.02$, $p = .88$); and (3) overall student satisfaction with Smart Adult E-Learning for Nursing was at a very high level (Mean = 4.57, SD = 0.41). In conclusion, the "Smart Adult E-Learning for Nursing" media is a learning tool accepted by learners and can be used as supplementary self-directed learning resource outside classroom hours in the Adult and Geriatric Nursing II course to promote achievement of educational outcomes in future academic years.

Keywords: Smart Adult E-Learning for Nursing, learning achievement, second-year naval nursing students, student satisfaction

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือเป็นสถาบันการศึกษาพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2566 ซึ่งยึดแนวทางการจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน (Outcome-Based Education: OBE) และการเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Learning-Centered Education) โดยใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ สามารถชี้แนะและจัดการการเรียนรู้ของตนเอง เชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เดิม และพัฒนาการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ภายใต้แนวคิดการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism)¹

รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 เป็นรายวิชาในหมวดวิชาเฉพาะ กลุ่มวิชาชีพ จำนวน 2 หน่วยกิต จัดการเรียนการสอนสำหรับนักเรียนพยาบาลทหารเรือ ชั้นปีที่ 2 ภาคการศึกษาที่ 2 โดยมีเนื้อหาครอบคลุมการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพในระยะเฉียบพลัน วิกฤต และเรื้อรัง อาทิ โรคเมเร็งระบบหัวใจ ระบบตา หู คอ จมูก ระบบประสาท ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและผู้ที่มีปัญหาการนอนไม่หลับและอาการอ่อนเพลีย โดยคำนึงถึงความปลอดภัย การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภายใต้กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ ตลอดจนการฝึกประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล และวางแผนการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ มีเจตคติและมีทักษะทางการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพทั้งในระยะเฉียบพลัน วิกฤต และ เรื้อรัง รวมทั้งการมีทักษะในการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม มีความรับผิดชอบ ต่องานที่ได้รับมอบหมายและมีทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹

ในปีการศึกษา 2567 ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุได้ดำเนินการจัดการเรียนการสอนรายวิชาดังกล่าวเป็นครั้งแรก โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การบรรยายแบบมีปฏิสัมพันธ์ การอภิปรายกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การฝึกประเมินภาวะสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Learning: E-learning) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนการเรียนรู้เชิงรุก และช่วยพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ และการประยุกต์ใช้ความรู้ของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ²

แม้ว่าการจัดการเรียนการสอนด้วย E-learning จะมีศักยภาพในการส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน และมีงานวิจัยจำนวนมากสนับสนุนถึงประสิทธิผลและความพึงพอใจของผู้เรียนในระดับสูง³ แต่เมื่อพิจารณาข้อจำกัดของสื่อ E-learning เดิมในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ในปีการศึกษา 2567 พบว่า ปัญหาหลักมิได้เกิดจากตัวผู้เรียนโดยตรง หากแต่เกิดจากการออกแบบและคุณลักษณะของตัวสื่อเอง ได้แก่ เนื้อหาที่ไม่ครอบคลุม ระบบการใช้งานที่มีความซับซ้อนและเข้าถึงยาก การขาดระบบกำกับติดตามความก้าวหน้าของผู้เรียน และการขาดช่องทางการสื่อสารโต้ตอบระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้เป็นปัจจัยเชิงระบบที่ส่งผลกระทบต่อแรงจูงใจและวินัยในการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้เรียน มิใช่ปัญหาที่เกิดจากความสามารถหรือความตั้งใจของผู้เรียนเป็นหลัก สอดคล้องกับผลการเรียนของนักเรียนพยาบาลมีระดับคะแนนเฉลี่ยทั้งชั้นปีเท่ากับ 2.93 อยู่ในระดับปานกลางถึงดี อันอาจสะท้อนถึงความพร้อมและพื้นฐานการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้เรียน ส่งผลให้การทำความเข้าใจเนื้อหาและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Marawa⁴ ที่ชี้ให้เห็นว่า การจัดการเรียนรู้ด้วย E-learning แม้จะเป็นกลยุทธ์ทางการศึกษาที่มีประโยชน์ แต่จำเป็นต้องมีการออกแบบและ

วางแผนอย่างรอบคอบ รวมถึงการประเมินความพร้อม และการเข้าถึงของผู้เรียนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ การนำไปใช้เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างแท้จริง

จากข้อจำกัดดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงออกแบบ สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing ให้มี องค์ประกอบที่ตอบสนองต่อปัญหาแต่ละประการ โดยตรง กล่าวคือ การบูรณาการสื่อมัลติมีเดีย (ภาพ เสียง วิดีโอ) เพื่อแก้ปัญหาเนื้อหาที่ไม่ครอบคลุม และลดความซับซ้อนในการเข้าถึงระบบ มีระบบการ สื่อสารโต้ตอบระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนและระบบ เสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) ภายใต้ แนวคิดการกำกับตนเองในการเรียนรู้ (Self-regulated learning) เพื่อแก้ปัญหาการขาดแรงจูงใจและวินัยใน การเรียนรู้ ด้วยตนเอง และการพัฒนาระบบ Application Log เพื่อบันทึกข้อมูลระยะเวลาการ ใช้งานของผู้เรียนแต่ละรายอย่างละเอียด เป็นการ แก้ปัญหาในด้านการขาดระบบกำกับติดตามความก้าวหน้า ของผู้เรียน ซึ่งอาจส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการ เรียนได้ แม้ว่าจากการศึกษาทางวิจัยที่ผ่านมา มีความ ไม่สอดคล้องกัน ในงานวิจัยบางส่วน พบว่า ระยะเวลา การใช้งานอินเทอร์เน็ตหรือระบบการเรียนออนไลน์ มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมี นัยสำคัญ ดังเช่นการศึกษาของ จอมพล เล่ารุ่งเรือง⁵ พบว่า พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์ กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา โดยผู้ที่มี ระยะเวลาการใช้งานมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวันมีผลสัมฤทธิ์ ทางการเรียนดีกว่าผู้ที่ใช้เวลาน้อยกว่า และผู้ที่มี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีมักใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการ ค้นคว้าข้อมูลและการเรียนรู้เชิงเนื้อหา ในขณะที่ผู้มี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่ามักใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อ ความบันเทิงเป็นหลัก สอดคล้องกับการศึกษาของ Shafiq และคณะ⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการ เรียนจากข้อมูลบันทึกการใช้งานระบบ Moodle พบว่า พฤติกรรมการเรียนรู้ออนไลน์ของนักศึกษา ได้แก่ จำนวนการเข้าชมบทเรียน การมีส่วนร่วมในกระดาน สนทนา การมีปฏิสัมพันธ์กับงานที่ได้รับมอบหมาย

และระยะเวลาที่ใช้บนแพลตฟอร์ม มีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับผลการเรียนอย่างมีนัยสำคัญ แต่บางงานวิจัย พบว่า ระยะเวลาที่ใช้บนแพลตฟอร์ม E-learning ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบ^{7,8} จากความ ไม่สอดคล้องกันของผลการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลา การใช้งานสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ซึ่งยังไม่เคยมีการ ศึกษาในบริบทของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ

ดังนั้นคณะผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ผู้สอนและ ผู้รับผิดชอบรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 จึงได้พัฒนาสื่อ E-learning เดิม เป็นสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing เพื่อนำมาใช้ในการจัดการเรียน การสอนในปีการศึกษา 2568 โดยสื่อฯ ดังกล่าวมุ่งส่งเสริม การมีส่วนร่วมของผู้เรียน การชี้แนะตนเองในการเรียนรู้ การเข้าถึงเนื้อหาอย่างยืดหยุ่น การเชื่อมโยงความรู้ใหม่ กับความรู้เดิม และการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดชีวิต โดยการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์ ทางการเรียนของนักเรียนพยาบาลทหารเรือชั้นปีที่ 2 ภายหลังการใช้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing เสริมการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการ ใช้งานสื่อฯ กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และศึกษาความ พึงพอใจของผู้เรียนที่มีต่อสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นก่อนการขยายผล ไปสู่รายวิชาที่เกี่ยวข้องทางการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของ นักเรียนพยาบาลทหารเรือชั้นปีที่ 2 ภายหลังการใช้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing เสริมการ เรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลา การใช้งานสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing กับ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ 2 ของนักเรียนพยาบาลทหารเรือชั้นปีที่ 2

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักเรียนพยาบาล
ทหารเรือชั้นปีที่ 2 ต่อการใช้สื่อ Smart Adult E-Learning
for Nursing ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2

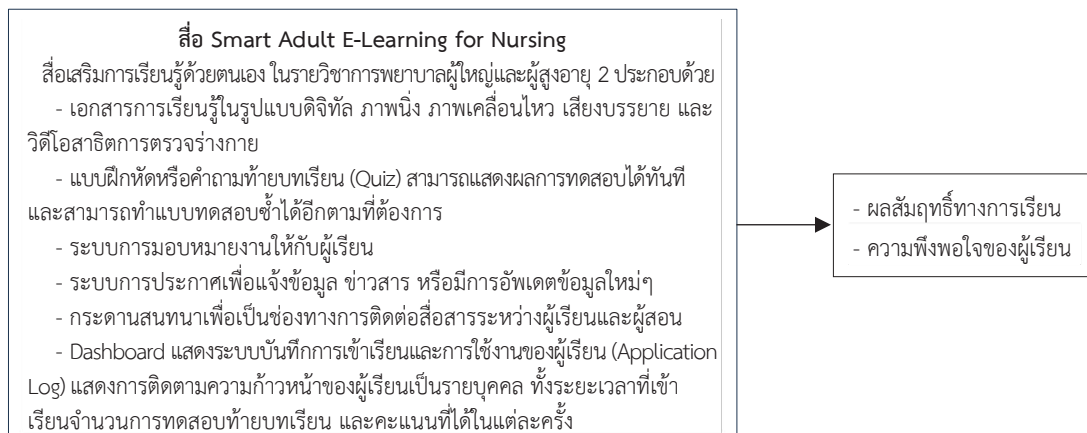
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยพัฒนาสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบอีเลิร์นนิงเพื่อเสริมการเรียนรู้ (Supplementary E-learning) ของ ฐาปนีย์ ธรรมเมธา⁹ ซึ่งมุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือเสริมการเรียนรู้การสอนในชั้นเรียนปกติ (Blended learning) เพื่อขยายโอกาสในการทบทวนความรู้และพัฒนาศักยภาพผู้เรียนรายบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดของ Chang และคณะ¹⁰ การนำ E-learning มาใช้เสริมการเรียนรู้การสอนในชั้นเรียนช่วยเพิ่มคุณภาพการเรียนรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ

ด้านการออกแบบสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing ผู้วิจัยยึดหลักทฤษฎีการเรียนรู้ด้วยมัลติมีเดียเชิงพุทธิปัญญา (Cognitive Theory of Multimedia Learning: CTML) ของ Mayer¹¹ โดยบูรณาการสื่อมัลติมีเดีย (ภาพ เสียง และวิดีโอ) และระบบเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) เพื่อลดภาวะสมองล้า (Cognitive overload) ซึ่งเกิดจากการที่ผู้เรียนได้รับข้อมูลมากเกินไปขีดความสามารถในการประมวลผลของหน่วยความจำขณะทำงาน (Working memory) ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำ

ความเข้าใจและการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ลดลง¹² และส่งเสริมความคงทนของความรู้ ดังผลการศึกษาของ สมติ อนันต์ปฏิเวธ และคณะ¹³ นอกจากนี้ยังนำระบบการกำกับตนเองในการเรียนรู้ (Self-regulated learning) ของ Zimmerman¹⁴ ผ่านระบบ Application Log มาใช้เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) ให้ผู้เรียนเข้าถึงเนื้อหาได้ทุกที่ทุกเวลา (Anywhere, Anytime) ตามความสะดวก สามารถศึกษาเนื้อหาผ่านบทเรียนออนไลน์ วิดีโอสาธิต สื่อแอนิเมชัน และทำแบบทดสอบออนไลน์ได้หลายครั้ง รวมถึงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านกระดานสนทนา ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนสามารถประเมินความเข้าใจของตนเองและปรับกลยุทธ์การเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้การใช้สื่อดังกล่าวมีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตามแนวคิดของ Pearl¹⁵

ในการพัฒนาสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing นี้ดำเนินการภายใต้แนวคิด การจัดการศึกษาที่เน้นผลลัพธ์ (Outcome-Based Education: OBE) ของ Spady¹⁶ โดยกำหนดตัวชี้วัดที่สังเกตได้ วัดได้ และผู้เรียนปฏิบัติได้จริง เพื่อให้สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทั้งนี้การวิจัยมุ่งประเมินผลลัพธ์ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการใช้งานสื่อกับผลสัมฤทธิ์ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 และระดับความพึงพอใจของผู้เรียน ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากร คือ นักเรียนพยาบาลทหารเรือ ชั้นปีที่ 2 ของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566 ปีการศึกษา 2568 ภาคการศึกษาที่ 2 ระหว่างวันที่ 8 มกราคม - 8 พฤษภาคม 2569 และลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 จำนวน 59 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing เป็นสื่อการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นสื่อเสริมการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ประกอบด้วย

1.1 เมนูสำหรับผู้สอน ประกอบด้วย การสร้างคอร์สสำหรับหัวข้อการจัดการเรียนการสอน ประกอบด้วย 7 บทเรียน ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางนรีเวช การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางตา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบปกป้องร่างกาย และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและกล้ามเนื้อ โดยผู้สอนสามารถสร้างและจัดการคอร์สเรียน โดยสามารถอัปโหลดเอกสารประกอบการสอน สื่อมัลติมีเดีย แอนิเมชัน และวิดีโอสาธิตทักษะทางคลินิก (เช่น คลิปวิดีโอการตรวจร่างกาย) เข้าสู่ระบบได้โดยตรง เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาในแต่ละหัวข้อ มีระบบสร้างแบบทดสอบท้ายบทเรียนที่สามารถตั้งเงื่อนไขการเข้าถึงได้ โดยผู้สอนสามารถกำหนดระยะเวลาการศึกษาเนื้อหา ก่อนเริ่มทำแบบทดสอบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนทำความเข้าใจเนื้อหาอย่างครบถ้วนก่อนประเมินผล ระบบแสดงผลและเสริมแรงใจ ภายหลังจากการทำแบบทดสอบระบบจะแสดงผลคะแนนรวมและจำแนกข้อที่ตอบผิด เพื่อให้

ผู้เรียนใช้เป็นแนวทางในการทบทวนความรู้ นอกจากนี้ยังมีการใช้ข้อความและสติกเกอร์ (Stickers) เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจเชิงบวกให้แก่ผู้เรียน ส่วนระยะเวลาในการศึกษาแต่ละบทเรียนขึ้นอยู่กับผู้เรียน โดยไม่กำหนดระยะเวลา และช่วงเวลาเรียน

1.2 เมนูสำหรับผู้เรียน ประกอบด้วย คอร์สสำหรับหัวข้อการเรียนการสอน โดยผู้เรียนสามารถเลือกเข้าถึงคอร์สเรียนในหัวข้อที่สนใจได้ตามความต้องการ เมื่อศึกษาเนื้อหาเสร็จสิ้นผู้เรียนสามารถประเมินผลตนเองผ่านแบบทดสอบท้ายบทเรียน ในส่วนของการแสดงผลคะแนนระบบจะรายงานจำนวนข้อที่ตอบถูกต้องและแสดงข้อที่ตอบผิดอย่างชัดเจน เพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) ให้แก่ผู้เรียน นอกจากนี้ระบบยังเพิ่มทางเลือกในการทบทวนความรู้ โดยผู้เรียนสามารถเลือกกระหว่างการทดสอบซ้ำ เฉพาะประเด็นที่ยังไม่เข้าใจหรือข้อที่ตอบผิด หรือการทำแบบทดสอบใหม่ทั้งหมด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และจดจำเนื้อหาได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

1.3 ระบบแจ้งเตือนข้อมูลข่าวสาร (Announcement system): ผู้สอนสามารถประกาศข่าวสารหรืออัปเดตข้อมูลผ่านระบบ ซึ่งจะเชื่อมโยงกับการแจ้งเตือนอัตโนมัติไปยังโปรเซสเซอร์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ของผู้เรียนทุกคน เพื่อให้มั่นใจว่าผู้เรียนได้รับข้อมูลอย่างทั่วถึง

1.4 ระบบจัดการงานและการบ้าน ผู้สอนสามารถเผยแพร่ใบงานหรือเอกสารประกอบการเรียน เพื่อให้ผู้เรียนศึกษาล่วงหน้า พร้อมทั้งกำหนดระยะเวลาในการส่งงานผ่านระบบได้

1.5 กระดานแสดงรายการประกาศ ใบงาน และคำถาม โดยเป็นกระดานโต้ตอบระหว่างผู้สอนและผู้เรียนที่สามารถแสดงความคิดเห็นโดยที่ผู้เรียนอื่นๆ สามารถเห็นข้อความได้

1.6 กระดานสนทนาเชิงโต้ตอบ สำหรับการสื่อสารระหว่างผู้สอนและผู้เรียน เพื่อใช้สำหรับการประกาศแจ้งข้อมูล มอบหมายงาน หรือตั้งคำถาม

โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันได้

1.7 ระบบข้อความส่วนตัว เป็นระบบในการสื่อสารแบบตัวต่อตัวระหว่างผู้เรียนและผู้สอน เพื่อให้สามารถปรึกษาหารือในประเด็นเฉพาะบุคคลได้อย่างเป็นส่วนตัว

1.8 Dashboard: ระบบมีกลไกบันทึกข้อมูลการใช้งานของผู้เรียน (Application Log) เพื่อติดตามความก้าวหน้ารายบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาที่เข้าศึกษา จำนวนครั้งในการทำแบบทดสอบ และคะแนนที่ได้รับในแต่ละบทเรียน นอกจากนี้ระบบยังสามารถส่งออกข้อมูล (Export data) เพื่อนำไปวิเคราะห์แนวโน้มพฤติกรรมการณ์การเรียนรู้และประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนในภาพรวมได้

2. คู่มือการใช้งาน Smart Adult E-Learning for Nursing ประกอบด้วย

2.1 ข้อกำหนดทางเทคนิคเกี่ยวกับรายละเอียดเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่รองรับ เบราร์เซอร์ การเชื่อมต่อเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และข้อกำหนดในการจัดการบัญชีผู้ใช้งาน

2.2 กระบวนการเริ่มต้นใช้งาน คำแนะนำขั้นตอนการติดตั้งและการตั้งค่าระบบ ขั้นตอนการเข้าสู่ระบบ (Login) และการลงทะเบียนสมาชิก (Registration) การเรียนรู้การใช้งานอุปกรณ์และฟังก์ชันพื้นฐาน

2.3 เมนูสำหรับผู้เรียน ประกอบด้วยจำนวนคอร์สที่กำลังศึกษา (In-progress) คอร์สที่สำเร็จแล้ว (Completed) และคอร์สที่ลงทะเบียนล่าสุด พร้อมเครื่องมือค้นหาและระบบคัดกรองตามหมวดหมู่ คอร์สเรียน: แสดงรายการคอร์สที่ลงทะเบียน กระดาน: แสดงรายการประกาศ ใบงานและคำถาม โดยเป็นกระดานโต้ตอบระหว่างผู้สอนและผู้เรียน ข้อความ: ผู้เรียนสามารถถามข้อสงสัย โดยสามารถสอบถามผ่านช่องทางนี้ได้ โดยเป็นการสื่อสารแบบตัวต่อตัว การบ้าน: ส่งงานตามวันเวลาที่กำหนด ประวัติการทำแบบทดสอบท้ายบทเรียน: แสดงประวัติคะแนนในการทำแบบทดสอบ และเวลาที่ใช้ในการทำ

แบบทดสอบ โปรไฟล์: สำหรับแก้ไขข้อมูลส่วนตัว และรหัสผ่าน

2.4 เมนูสำหรับผู้สอน ประกอบด้วยจำนวนคอร์สที่สร้าง จำนวนนักเรียนทั้งหมด และงานที่มอบหมาย คอร์สของฉัน: แสดงรายการคอร์สที่สร้าง โดยสามารถเพิ่ม ลบ แก้ไข คอร์สและรายละเอียดของคอร์สได้ สามารถเพิ่มสื่อการสอนได้ เช่น วิดีโอ สไลด์สอน และแบบทดสอบ

2.5 เมนูงานและการบ้าน ในคอร์สที่ต้องการมอบหมายงานให้ผู้เรียน สามารถมอบหมายงานให้ผู้เรียนได้ และกำหนดระยะเวลาส่งงานได้

2.6 กระดานโต้ตอบ สามารถเพิ่มประกาศ ใบงาน และคำถามแก่นักเรียนได้ และสามารถกำหนดได้ว่าจะให้ใครสามารถเห็น ข้อความส่วนตัว: สามารถสื่อสารแบบตัวต่อตัวระหว่างผู้เรียนและผู้สอนได้อย่างเป็นส่วนตัว

2.7 เมนูติดตามความก้าวหน้า ติดตามความก้าวหน้าของการเรียน แสดงระยะเวลาเรียนสะสม สถานะ ประวัติการทำแบบทดสอบและการเข้าใช้งานล่าสุด

2.8 แสดงสถิติการเข้าเรียน แสดงจำนวนการเข้าเรียนทั้งหมด ผู้เรียนที่เข้าเรียน ช่วงเวลาที่มีการเข้าใช้งานสูงสุด (Peak hours) ค่าเฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการเรียน (Mean hours) และการจัดอันดับผู้เรียนที่มีส่วนร่วมสูง

2.9 คุณสมบัติเด่นของระบบ ระบบได้รับการพัฒนาให้มีกลไกติดตามความก้าวหน้าของผู้เรียนแบบเรียลไทม์ พร้อมด้วยระบบสื่อสารเชิงโต้ตอบที่ยืดหยุ่นและมีประสิทธิภาพ

2.10 แนวทางการดำเนินงานและการสนับสนุน ประกอบด้วย

- คู่มือการใช้งานโดยละเอียด: ขั้นตอนการใช้งานที่ครอบคลุมสำหรับผู้สอนและผู้เรียน

- ข้อควรระวัง (System constraints): ข้อควรระวังและแนวปฏิบัติที่ดีในการใช้งานระบบ

- การประเมินผลและการรายงาน:
ระบบการประเมินความเข้าใจผ่านแบบทดสอบ การสรุป
สถานะการเรียน (Course status) และการส่งออก
ข้อมูลในรูปแบบ CSV (Exportable data) เพื่อการ
วิเคราะห์แนวโน้มการเรียนรู้

- การบำรุงรักษา: ระบบการปรับปรุง
ข้อมูลและการบำรุงรักษาซอฟต์แวร์อย่างต่อเนื่อง

- ช่องทางการสนับสนุน: ข้อมูลการ
ติดต่อฝ่ายสนับสนุนทางเทคนิคกรณีเกิดปัญหาจาก
การใช้งาน

3. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทางการศึกษา ได้แก่ ระดับคะแนนเฉลี่ยรวม
ในปีการศึกษาที่ผ่านมา 2) ประสบการณ์การใช้
E-Learning ได้แก่ เคยมีประสบการณ์การเรียนรู้
ผ่านระบบ E-Learning หรือไม่ 3) ระดับประสบการณ์
การใช้ E-Learning 4) รูปแบบการใช้ E-Learning
ที่เคยใช้มากที่สุด และ 5) อุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียน
ผ่าน E-Learning เป็นประจำ

4. แบบบันทึกการเข้าใช้งานสื่อ Smart
Adult E-Learning for Nursing ประกอบด้วย
รหัสนักศึกษาจำนวนครั้งที่เข้าใช้งาน (ครั้ง) ระยะเวลา
การใช้งานรวม (นาทีก) หัวข้อที่เข้าเรียน จำนวนบทเรียน
ที่เรียนครบ วันที่เข้าใช้งานล่าสุด

5. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการ
ใช้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing
เป็นแบบประเมินที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการ
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ด้าน
ได้แก่ ด้านการส่งเสริมความรู้ในรายวิชา จำนวน 5 ข้อ
ด้านความสะดวกในการใช้งาน จำนวน 5 ข้อ และด้าน
ความยาก-ง่ายของเนื้อหา จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น
15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า
(Likert's scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ พึงพอใจน้อยที่สุด
(1 คะแนน) ถึง พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) เกณฑ์การ
แปลผลคะแนน 1.00 - 1.50 หมายถึง ความพึงพอใจ
อยู่ในระดับน้อยที่สุด 1.51 - 2.50 หมายถึง ความพึงพอใจ
อยู่ในระดับน้อย 2.51 - 3.50 หมายถึง ความพึงพอใจ

อยู่ในระดับปานกลาง 3.51 - 4.50 หมายถึง ความ
พึงพอใจอยู่ในระดับมาก 4.51 - 5.00 หมายถึง
ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน
3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ
ด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อาจารย์
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตรและการจัดการเรียน
การสอน และผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อการสอนและ
เทคโนโลยี ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา
ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมา
คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of
Item-Objective Congruence: IOC) ที่แบ่งเป็น
3 ระดับ คือ สอดคล้อง (1) ไม่แน่ใจ (0) และไม่
สอดคล้อง (-1) โดยเครื่องมือที่ 1) สื่อ Smart Adult
E-Learning for Nursing 2) คู่มือการใช้งาน Smart
Adult E-Learning for Nursing 3) แบบบันทึก
การเข้าใช้งาน สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing
และ 4) แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล มีค่าดัชนี
ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และ 5) แบบสอบถาม
ความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์ Smart Adult E-Learning
for Nursing มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา
ระหว่าง 0.67 - 1 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาค เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต
ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการ
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ศูนย์วิทยาการ กรมแพทย์
ทหารเรือ เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการ
เก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจง
วัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย
ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้ง
สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มี

ผลกระทบต่อการเรียน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำการใช้งานสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการใช้งาน และแนวทางการเรียนรู้ผ่านระบบ พร้อมทั้งแนะนำคู่มือการใช้งานในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้ผู้เรียนสามารถศึกษาได้ด้วยตนเอง และให้กลุ่มตัวอย่างสมัครเข้าใช้งานในระบบ

3. ดำเนินการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ตลอดภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2568 ตามแผนการจัดการเรียนการสอนของรายวิชา โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าเรียนตามตารางเรียนที่กำหนด และใช้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing เสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง นอกเวลาเรียน โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงบทเรียนได้ทุกที่ทุกเวลา โดยไม่จำกัดจำนวนการเข้าใช้งานเข้าใช้งานสื่อฯ ก่อนหรือหลังเรียนในแต่ละบทเรียนก็ได้ ผ่านอุปกรณ์ที่เชื่อมต่อเครือข่ายอินเทอร์เน็ต โดยสื่อประกอบด้วย เอกสารการเรียนรู้ในรูปแบบดิจิทัล วิดีทัศน์สาธิตการตรวจร่างกาย และการปฏิบัติการพยาบาล แบบฝึกหัด และแบบทดสอบท้ายบทเรียน ซึ่งระบบจะแสดงผลคะแนนทันทีภายหลังการทดสอบ และกลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนบทเรียนหรือทำแบบทดสอบซ้ำได้ตามต้องการ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการจัดการเรียนการสอนตามแผนการสอนเดียวกัน ได้รับเนื้อหาการเรียนรู้เดียวกัน และมีสิทธิ์เข้าถึงสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing ภายใต้อีเมลเดียวกันตลอดระยะเวลาการศึกษา เพื่อควบคุมปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การวิจัย

4. กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อสื่อสารและซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับเนื้อหาการเรียนผ่านกระดานสนทนา (Discussion Board) ภายในระบบ โดยอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาหรือผู้สอนจะติดตามและตอบ

ข้อซักถามอย่างสม่ำเสมอตลอดภาคการศึกษา นอกจากนี้ระบบยังมีการแจ้งเตือนเมื่อมีการเพิ่มหรือปรับปรุงเนื้อหาการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และทบทวนบทเรียนอย่างต่อเนื่อง

5. ผู้วิจัยติดตามและบันทึกข้อมูลการใช้งานสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing ผ่านระบบบันทึกการใช้งาน (Application Log) ซึ่งบันทึกข้อมูลการเข้าใช้งานของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ได้แก่ จำนวนครั้งที่เข้าใช้งาน ระยะเวลาการใช้งาน วันที่และเวลาที่เข้าใช้งาน และกิจกรรมการเรียนรู้ภายในระบบ โดยระยะเวลาการใช้งานสื่อคำนวณจากผลรวมของระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใช้งานระบบตลอดภาคการศึกษา

6. ภายหลังสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอน ผู้เรียนตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อี Smart Adult E-Learning for Nursing

7. ผู้รับผิดชอบรายวิชาประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ตามเกณฑ์การประเมินของรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 และประกาศผลคะแนนผ่านระบบทะเบียนและวัดผลของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและบันทึกลงในแบบบันทึกคะแนนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 จากระบบทะเบียนของรายวิชา ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยครบทุกชั้นตอนทั้ง 59 คน โดยไม่มีถอนตัวในระหว่างดำเนินการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เอกสารรับรองเลขที่ COA-NMD-REC 001/2569 วันที่รับรอง 7 มกราคม 2569 - 6 มกราคม 2570



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ระยะเวลาการใช้งานสื่อและความพึงพอใจต่อการใช้อี Smart Adult E-Learning for Nursing โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการใช้งานสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test ผลการทดสอบพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ จึงใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของ สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient; r_s) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA) ในปีการศึกษา 2567 สูงสุดเท่ากับ 3.75 ต่ำสุดเท่ากับ 2.66 และมีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมของทั้งชั้นปีเท่ากับ 3.34 ($SD = 0.23$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การใช้ E-learning คิดเป็นร้อยละ 83.10 ขณะที่ร้อยละ 16.90 ไม่เคยมีประสบการณ์การใช้ E-learning มาก่อน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี

ประสบการณ์การใช้ E-learning ในระดับน้อย กล่าวคือเคยใช้เพียงบางรายวิชา คิดเป็นร้อยละ 40.70 สำหรับรูปแบบการใช้ E-learning ที่กลุ่มตัวอย่างเคยใช้มากที่สุด ได้แก่ การเรียนรู้ผ่านวิดีโอการสอนและการศึกษาเอกสารหรือบทเรียนออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 83.10 ส่วนอุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนผ่าน E-learning เป็นประจำ พบว่า ส่วนใหญ่ใช้แท็บเล็ต คิดเป็นร้อยละ 91.50 รองลงมา ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ คิดเป็นร้อยละ 5.10

2. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนพยาบาลทหารเรือชั้นปีที่ 2 ภายหลังการใช้อี Smart Adult E-Learning for Nursing เสริมการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 ($SD = 0.32$) โดยมีผลการเรียนสูงสุดอยู่ที่ระดับคะแนน 4.00 จำนวน 3 คน (ร้อยละ 5.08) และผลการเรียนต่ำสุดอยู่ที่ระดับคะแนน 2.50 จำนวน 3 คน (ร้อยละ 5.08) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลการเรียนระดับ 3.50 จำนวน 32 คน (ร้อยละ 54.24) รองลงมามีผลการเรียนระดับ 3.00 จำนวน 22 คน (ร้อยละ 37.29)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการใช้งานสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พบว่า ระยะเวลาไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ($r_s = -.02$, $p = .88$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการใช้งานสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ($n = 59$)

ตัวแปร	Max	Min	Median	IQR	r_s	p-value
ระยะเวลาการใช้งานสื่อ (นาที)	555.77	40.78	199.00	131.00	-.02	.88
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (ระดับคะแนน)	4.00	2.50	3.50	0.50		

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของนักเรียนพยาบาลทหารเรือชั้นปีที่ 2 ต่อการใช้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 รายข้อ รายด้าน และโดยรวม (n = 59)

ความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับ
ด้านการส่งเสริมความรู้ในรายวิชา	4.65	0.42	มากที่สุด
1. สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing ช่วยส่งเสริมความเข้าใจ	4.54	0.56	มากที่สุด
2. เนื้อหาในสื่อมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรายวิชา	4.71	0.52	มากที่สุด
3. ช่วยสนับสนุนการเรียนรู้และทบทวนความรู้ด้วยตนเอง	4.72	0.52	มากที่สุด
4. เนื้อหาในสื่อช่วยให้สามารถเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีกับการปฏิบัติการพยาบาล	4.59	0.59	มากที่สุด
5. การใช้สื่อช่วยเสริมสร้างความพร้อมในการเรียนในรายวิชา	4.68	0.51	มากที่สุด
ด้านความสะดวกในการใช้งาน	4.47	0.62	มาก
6. การเข้าถึงและเริ่มต้นใช้งานมีความสะดวก	4.37	0.91	มาก
7. รูปแบบการจัดวางเมนูและเนื้อหามีความชัดเจน เข้าใจง่าย	4.44	0.75	มาก
8. สามารถใช้งานได้อย่างเหมาะสมผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่หลากหลาย	4.64	0.61	มากที่สุด
9. การใช้งานมีความต่อเนื่องและไม่พบปัญหาทางเทคนิค	4.29	0.95	มาก
ด้านความยาก-ง่ายของเนื้อหา	4.61	0.49	มากที่สุด
11. ระดับความยากของเนื้อหาในสื่อมีความเหมาะสมกับนักเรียนพยาบาลทหารเรือชั้นปีที่ 2	4.53	0.57	มากที่สุด
12. การอธิบายเนื้อหาในสื่อมีความชัดเจนและเข้าใจได้ง่าย	4.58	0.62	มากที่สุด
13. ลำดับการนำเสนอเนื้อหาในสื่อมีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่เรียน	4.61	0.56	มากที่สุด
14. ตัวอย่างและสื่อประกอบช่วยสนับสนุนความเข้าใจในเนื้อหา	4.63	0.58	มากที่สุด
15. โดยภาพรวม เนื้อหาในสื่อมีความเหมาะสมต่อการเรียนรู้ในรายวิชานี้	4.69	0.53	มากที่สุด
รวม	4.57	0.41	มากที่สุด

4. ความพึงพอใจของนักเรียนพยาบาลทหารเรือชั้นปีที่ 2 ต่อการใช้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ผลการวิจัยพบว่า โดยภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.57, SD = 0.41) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีความพึงพอใจสูงที่สุดอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านการส่งเสริมความรู้ในรายวิชา (Mean = 4.65, SD = 0.42) รองลงมา คือ ด้านความยากง่ายของเนื้อหาอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.61, SD = 0.49) และด้านความสะดวกในการใช้งานอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.47, SD = 0.62) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีระดับคะแนนสูงสุด ได้แก่ เนื้อหาในสื่อมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์รายวิชา (Mean = 4.71, SD = 0.52) และข้อที่มีระดับคะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ การใช้งาน

มีความต่อเนื่องและไม่พบปัญหาทางเทคนิค (Mean = 4.28, SD = 0.94)

ข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นต่อการใช้อุปกรณ์ Smart Adult E-Learning for Nursing ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 เพิ่มเติม ดังนี้

1) ระบบสามารถช่วยทบทวนเนื้อหาที่ยังไม่เข้าใจได้ในระหว่างเรียน รวมถึงสามารถกลับมาศึกษาทบทวนบทเรียนและรับชมคลิปการสอนซ้ำได้ตลอดเวลา ทำให้เกิดความเข้าใจและจดจำเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น (3 คน)

2) ชื่นชอบการมีแบบทดสอบท้ายบทเรียน เนื่องจากช่วยทบทวนความรู้ ความเข้าใจ และประเด็นสำคัญของเนื้อหา อีกทั้งสามารถทำซ้ำได้หลายรอบ

ส่งผลให้เกิดการจดจำและเรียนรู้ได้ดีขึ้น รวมถึงสร้างความสนุกในการเรียนรู้ (8 คน)

3) ระบบมีรูปแบบการใช้งานที่ง่ายไม่ซับซ้อน เข้าถึงได้สะดวก และมีความเสถียรในการใช้งาน ตัวเลือกภายในระบบมีความชัดเจน (3 คน)

4) เสนอแนะให้เพิ่มจำนวนข้อสอบและแบบทดสอบให้มากขึ้น รวมทั้งต้องการให้มีสรุปคำตอบหรือคำอธิบายเพิ่มเติมหลังการทำแบบทดสอบ เพื่อช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในเนื้อหามากยิ่งขึ้น (4 คน)

5) เสนอให้นำระบบ E-Learning ไปใช้ในรายวิชาอื่นๆ และเพิ่มกิจกรรมรูปแบบเกมที่เกี่ยวข้อง กับเนื้อหาในบทเรียน เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจและความสนุกในการเรียนรู้ (2 คน)

6) ต้องการให้ระบบสามารถจดจำรหัสผ่านหรือข้อมูลการเข้าสู่ระบบ เพื่อเพิ่มความสะดวกและลดขั้นตอนในการเข้าใช้งาน (1 คน)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนพยาบาลทหารเรือชั้นปีที่ 2 ภายหลังการใช้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing เสริมการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 พบว่า อยู่ในระดับดี (Mean = 3.31, SD = 0.32) และเมื่อพิจารณารายบุคคล พบว่า ทุกคนผ่านเกณฑ์มาตรฐานของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยได้ระดับคะแนนตั้งแต่ 2.50 ขึ้นไป สะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาสามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ที่กำหนดไว้ในรายวิชาได้ในระดับที่น่าพึงพอใจ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing เป็นเครื่องมือเสริมการเรียนการสอนในชั้นเรียนปกติ ช่วยให้ผู้เรียนได้ทบทวนความรู้พัฒนาผู้เรียนได้เป็นรายบุคคล อีกทั้งยังมีระบบ Application Log ใช้เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้เชิงรุกที่ผู้เรียนสามารถเข้าถึงเนื้อหาได้ทุกที่ทุกเวลา เป็นการพัฒนาผู้เรียนเป็นรายบุคคลให้ตรงตามความต้องการของผู้เรียน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัย Chang และคณะ¹⁰ ที่พบว่าคุณภาพของ

E-learning และเทคโนโลยีมีอิทธิพลทางตรงต่อผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล¹⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เดือนเพ็ญ บุญมาชู และคณะ³ ที่พบว่า ภายหลังการจัดการเรียนการสอนด้วย E-learning นักศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการเรียนการสอนด้วย E-learning อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการใช้งานสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ของนักเรียนพยาบาลทหารเรือชั้นปีที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ($r_s = -.02, p = .88$) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับปริมาณเวลาที่นักศึกษาเข้าไปเรียนรู้ด้วยตนเองทาง Smart Adult E-Learning เพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับคุณภาพการเรียนรู้ ความสามารถพื้นฐานของผู้เรียน แรงจูงใจในการเรียน และปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอน นอกจากนี้ระดับคะแนนของนักศึกษาในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับใกล้เคียงกัน (Mean = 3.31, SD = 0.32) ส่งผลให้ความแปรปรวนของข้อมูลค่อนข้างต่ำ จึงอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างทั้งสองตัวแปร อีกทั้งผู้เรียนอาจเปิดระบบทิ้งไว้โดยไม่ได้เรียนจริง รวมทั้งผู้เรียนที่มีพื้นฐานดีอาจใช้เวลาน้อยแต่ได้ผลสัมฤทธิ์การเรียนสูง นอกจากนี้อาจเกิดจากปัจจัยอื่น เช่น ความรู้เดิม แรงจูงใจ หรือการเรียนในชั้นเรียนปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kühbeck และคณะ⁷ ที่ศึกษาในนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 224 คน พบว่า ระยะเวลาที่ใช้บนแพลตฟอร์ม E-learning ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบ ($p > .05$) และสอดคล้องกับ Janson และคณะ⁸ ที่พบว่า ระยะเวลาการที่ใช้กับระบบ E-learning ไม่ใช้ปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ แต่สิ่งที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์

ทางการเรียนมากกว่า คือ คุณภาพการมีส่วนร่วมของนักศึกษา (Quality of engagement) และกลยุทธ์การเรียนรู้หรือระดับการเรียนรู้ของนักศึกษาในขณะที่ใช้สื่อมากกว่าเวลาที่ใช้โดยตรง นอกจากนี้อาจอธิบายได้ว่า การที่นักศึกษาบางส่วนใช้เวลานานกว่าอาจเพราะต้องการทบทวนซ้ำเนื่องจากความรู้พื้นฐานที่อ่อนกว่า ในขณะที่นักศึกษาที่มีความรู้พื้นฐานดีอาจใช้เวลาน้อยกว่าแต่ได้คะแนนสูงกว่า นอกจากนี้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing ในการวิจัยครั้งนี้ถูกออกแบบให้เป็นสื่อเสริมการเรียนรู้ควบคู่กับการเรียนในชั้นเรียนปกติ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่จึงได้รับอิทธิพลจากกระบวนการเรียนรู้รวมทั้งภาคการศึกษา ซึ่งรวมถึงการเรียนในชั้นเรียน การฝึกปฏิบัติ และการทดสอบรูปแบบอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการใช้สื่อออนไลน์ ดังนั้นระยะเวลาที่ใช้กับสื่อ E-Learning เพียงองค์ประกอบเดียวจึงไม่เพียงพอที่จะอธิบายความแปรปรวนในผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยรวมได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Kim และคณะ¹⁸ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล คือ การเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-directed learning) และรูปแบบการจัดการเรียนรู้นบนระบบออนไลน์ที่ผสมผสานระหว่างการเข้าถึงบทเรียนเสมือนจริง (Cyber-class flow learning) มากกว่าระยะเวลาการใช้งานสื่อ นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและศึกษาในสถาบันศึกษาแห่งเดียว รวมทั้งไม่มีการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์การเรียนก่อน-หลัง อาจทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ได้

ความพึงพอใจของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ ชั้นปีที่ 2 ต่อการใช้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.50, SD = 0.41) สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาระบบ Smart Adult E-learning เพื่อใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนเสริมในรายวิชาช่วยให้ผู้เรียนสามารถศึกษาค้นคว้าและทบทวนความรู้ได้

ด้วยตนเองอย่างสะดวก ทุกที่ ทุกเวลา อันเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้แบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและการเรียนรู้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วารุณี นาคุณ และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้วย E-Learning ต่อความรู้และทักษะการรักษายาบาลขั้นต้นในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจโดยรวมในระดับปานกลางค่อนข้างสูง และพึงพอใจที่สามารถเรียนได้ทุกที่ ทุกเวลา เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการส่งเสริมความรู้ในรายวิชา (Mean = 4.65, SD = 0.42) อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเนื้อหาในสื่อมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์รายวิชาและตรงกับความต้องการของผู้เรียน โดยเฉพาะข้อที่มีคะแนนสูงสุดในภาพรวม คือ เนื้อหาในสื่อมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์รายวิชา (Mean = 4.71, SD = 0.52) สอดคล้องกับหลักการออกแบบ E-learning ที่มีประสิทธิภาพของ Mayer⁷ ที่เน้นว่าเนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับเป้าหมายการเรียนรู้ช่วยลดภาระทางพุทธิปัญญาและส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ที่มีความหมาย ความพึงพอใจด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยลงมา คือ ด้านความยากง่ายของเนื้อหาอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.57, SD = 0.41) ซึ่งเห็นว่าผู้พัฒนสื่อสามารถจัดระดับความยากของเนื้อหาให้เหมาะสมกับนักศึกษาพยาบาลได้ สอดคล้องกับสมมติฐานความจุจำกัด (Limited Capacity Assumption) ของ Mayer¹¹ ที่ระบุว่าการนำเสนอเนื้อหาในระดับความยากที่เหมาะสมช่วยป้องกันภาระทางพุทธิปัญญา และเอื้อต่อการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ส่วนความพึงพอใจด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความสะดวกในการใช้งาน (Mean = 4.47, SD = 0.62) แม้จะยังอยู่ในระดับมาก แต่ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่สูงกว่าด้านอื่น สะท้อนความแตกต่างในประสบการณ์การใช้งานของนักศึกษาแต่ละคน โดยเฉพาะข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ การใช้งานมีความต่อเนื่องและไม่พบปัญหาทางเทคนิค (Mean = 4.28, SD = 0.94) ซึ่งบ่งชี้ว่านักศึกษา



บางส่วนประสบปัญหาทางเทคนิคในการใช้งาน อันเป็นอุปสรรคที่บดบังในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ สอดคล้องกับ Kumar และคณะ²⁰ ที่พบว่า ปัญหาการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตและทักษะการใช้เทคโนโลยีเป็นอุปสรรคสำคัญของนักศึกษาพยาบาลในการเรียน E-learning ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาและแก้ไขในการนำสื่อไปใช้ในอนาค

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัย ไปใช้

1. สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing เป็นสื่อการเรียนรู้ที่ได้รับการยอมรับจากผู้เรียนสามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองนอกเวลาเรียนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ได้ โดยผู้เรียนยังคงเรียนในชั้นเรียนตามปกติเป็นหลัก และใช้สื่อดังกล่าวเสริมการเรียนรู้นอกเวลาเรียนเพื่อทบทวนเนื้อหา
2. ควรมีการนำสื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing ไปใช้กับรายวิชาอื่น เช่น วิชาการพยาบาล

ผู้สูงอายุ หรือวิชาทางการพยาบาลอื่นๆ เนื่องจากเป็นสื่อที่ผู้เรียนสามารถเข้าถึงและทบทวนเนื้อหาได้ตลอดเวลา อีกทั้งจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในความรู้เกี่ยวกับทักษะทางการพยาบาลก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัย ครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) มีกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนการสอนแบบปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับการเรียนการสอนแบบปกติรวมกับการใช้สื่อ Smart Adult E-Learning for Nursing
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนควบคู่กับการใช้สื่อ เช่น ความรู้พื้นฐานเดิมของผู้เรียน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และการเรียนรู้ด้วยตนเองที่ครอบคลุมปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างรอบด้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Royal Thai Navy College of Nursing. Bachelor of nursing science program (Revised Curriculum 2023). Bangkok: Royal Thai Navy College of Nursing; 2023. (in Thai).
2. Wadyim N, Wangchom S, Mano A. Teaching and learning management in nursing using electronic learning. JBCN, Bangkok 2017;33(3):146-57. (in Thai).
3. Bunmachu D, Klungchunan T, Kaewlee P. Effects of e-learning on learning achievements of nursing student in child and adolescent nursing I, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2021;15(37):352-64. (in Thai).
4. Marawa'a A. E-Learning experiences among nursing students: A scoping review. Advances in medical education and practice 2024;15:369-79.
5. Laorungruang J. The internet using behavior and learning achievement a case study: Rajamangala University of Technology Phra Nakhon students. [Master's Thesis, Faculty of Science Information Technology Policy and Management]. College of Innovation Thammasat University; 2018. (in Thai).
6. Shafiq D, Marjani M, Habeeb R, Asirvatham D. Digital footprints of academic success: An empirical analysis of Moodle logs and traditional factors for student performance. Educ Sci 2025;15(304):1-23.



7. Kühbeck F, Berberat PO, Engelhardt S, Sarikas A. Correlation of online assessment parameters with summative exam performance in undergraduate medical education of pharmacology: a prospective cohort study. *BMC Med Educ* 2019;19(1):412.
8. Janson MP, Janke S. The influence of e-learning on exam performance and the role of achievement goals in shaping learning patterns. *Int J Educ Technol High Educ* 2024;21(1):1-22.
9. Thammetar T. E -learning: from theory to practice. Bangkok: Thailand Cyber University Project, Office of the Higher Education Commission; 2014. (in Thai).
10. Chang WC, Siew WF, Yee BL. Mediating effect of e-learning quality on learning outcomes through student satisfaction in nursing education. *Frontiers of Nursing* 2023;10(3):261-71.
11. Mayer RE. Multimedia learning. New York: Cambridge University Press; 2001.
12. Mayer RE, Moreno R. Nine ways to reduce cognitive load in multimedia learning. *Educational Psychologist* 2003;38(1):43-52.
13. Ananpattiwet S, Tubtimtong W, Cinmuk U. The development of video media based on ADDIE model on nursing care for high-risk preterm infants. *Journal of Nursing and Education* 2021;14(4):64-77. (in Thai).
14. Zimmerman BJ. Becoming a self-regulated learner: an overview. *Theory into Practice* 2002;41(2):64-70.
15. Pearl J. Causality: Models, Reasoning, and Inference. 2nd ed. New York: Cambridge University Press; 2009.
16. Spady WG. Outcome-based education: critical issues and answers. Alexandria: AASA; 1994.
17. Duangmanee A. Learning management strategies to develop nursing students' research competencies. *RTN Med J* 2022;49(1):223-44. (in Thai).
18. Kim S, Jeong SH, Kim HS, Jeong YJ. Academic success of online learning in undergraduate nursing education programs in the COVID-19 pandemic era. *J Prof Nurs* 2022;38:6-16.
19. Nadoon W, Padta U. The development of e-learning for knowledge and skill primary medical care in the 4th year nursing students. *J Health Sci BCNSP* 2022;6(2):16-29. (in Thai).
20. Kumar A, Kalal N, Rana N, Vyas H, Choudhary V, Rani R. Online learning in nursing students: Satisfaction and barriers. *J Educ Health Promot* 2021;10:411.



ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังต่อความคิดฆ่าตัวตาย ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

The Effect of Hope Enhancement Program on Suicidal Ideation of Patients with Major Depressive Disorder

ธนาภรณ์ พรหมพันธุ์* รังสิมันต์ สุนทรไชยา** วินิตรา นวลละออง***

Thanakarn Phromphan,* Rangsiman Soonthornchaiya,** Winitra Nuallaong***

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จ.ปทุมธานี

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani Province

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จ.ปทุมธานี

** Faculty of Nursing, Thammasat University Pathum Thani Province

*** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จ.ปทุมธานี

*** Faculty of Medicine, Thammasat University, Pathum Thani Province

* Corresponding Author: rangsiman@nurse.tu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 คน เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย อายุระหว่าง 20 - 59 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก และสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบรายบุคคลจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.89 และตรวจสอบความเที่ยง โดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (Mean = 0.96, SD = 1.23) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง (Mean = 7.21, SD = 2.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.11, p < .001$) 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง ($\bar{D}_1 = -6.25, SD = 1.72$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2 = -2.79, SD = 0.71$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.23, p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนว่าโปรแกรมเสริมสร้างความหวังสามารถลดความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดรักษาต่อไปได้

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างความหวัง ความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Received: July 28, 2025; Revised: August 14, 2025; Accepted: August 25, 2025

Abstract

A quasi-experimental study with a control-group pretest-posttest design aimed to investigate the effect of a hope enhancement program on suicidal ideation of patients with major depressive disorder. The sample comprised 48 patients with major depressive disorder aged 20 - 59 years, who had suicidal ideation and were receiving treatment at a tertiary care hospital. Purposive sampling was employed using inclusion and exclusion criteria, and participants were randomly assigned to experimental and control groups, with 24 participants in each group. The experimental group participated in the hope enhancement program for six sessions, 60 minutes per session, conducted three times a week over two weeks, while the control group received routine nursing care. The instrument was the Thai version of the Scale for Suicidal Ideation, which had a content validity index of 0.89 and a Cronbach's alpha reliability of 0.87. Data were analyzed by descriptive statistics and t-tests.

The results found that: (1) the mean score of suicidal ideation in the experimental group at posttest (Mean = 0.96, SD = 1.23) was statistically significantly lower than the mean score of suicidal ideation at pretest (Mean = 7.21, SD = 2.95) ($t = 15.11$, $p < .001$); and (2) the mean difference of suicidal ideation scores at pretest and posttest in the experimental group ($\bar{D}_1 = -6.25$, SD = 1.72) was statistically significantly higher than in the control group ($\bar{D}_2 = -2.79$, SD = 0.71) ($t = 7.23$, $p < .001$).

These findings support the effectiveness of the hope enhancement program in reducing suicidal ideation among patients with major depressive disorder. Healthcare professionals could apply this program as a supplementary intervention in clinical practice.

Keywords: hope enhancement program, suicidal ideation, patients with major depressive disorder

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญระดับโลก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การดำเนินชีวิตประจำวัน และการอยู่ร่วมกับสังคมของบุคคล โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง โดยเฉพาะซีโรโตนิน ซึ่งมีบทบาทในการควบคุมอารมณ์ ซึ่งเมื่อระดับซีโรโตนินต่ำลง อาจก่อให้เกิดอาการเชิงลบ¹ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมี

อาการที่สำคัญ ได้แก่ อารมณ์เศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย มองโลกในแง่ร้าย ขาดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น รวมถึงมีความคิดฆ่าตัวตาย บุคคลที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่ประสบปัญหาร้ายแรงในชีวิต และได้พยายามหาทางแก้ไขด้วยตนเองแล้วแต่ไม่ประสบความสำเร็จ รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ที่พึ่ง และไม่มีทางออก จนเกิดความคิดอัตโนมัติในด้านลบ (Negative thinking) เกิดความรู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง และการมองตนเองอนาคต และสิ่งแวดล้อมในเชิงลบ เชื่อว่าการยุติชีวิตเป็นวิธีเดียวที่จะหลุดพ้นจากปัญหาที่เผชิญอยู่ จึงนำมาสู่ความคิดอยากฆ่าตัวตายได้²

องค์การอนามัยโลก³ ระบุว่าโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของภาวะทุพพลภาพ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) คิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 4.4 ของภาระโรคทั่วโลก ส่วนในประเทศไทย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต⁴ รายงานว่า ใน พ.ศ. 2567 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเฉลี่ยวันละ 15 ราย หรือมากกว่า 5,000 รายต่อปี โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราการคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า⁵ ขณะเดียวกันรายงานจากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ^{4,6} พบว่า ร้อยละ 10.63 ของประชาชนไทยมีแนวโน้มคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงระดับความรุนแรงของปัญหาดังกล่าว

การมีความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) เป็นความคิดที่บุคคลอยากตายไปโดยการฆ่าตัวเองให้ตาย⁷ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับความรู้สึกเจ็บปวดทางอารมณ์อย่างต่อเนื่องร่วมกับมีภาวะสิ้นหวัง อาจนำไปสู่การเกิดความรู้สึกไร้ค่า ส่งผลทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ในระดับปานกลางถึงสูง เพราะในบุคคลที่รู้สึกล้มเหลวต้องเผชิญกับการสูญเสียที่สร้างความรู้สึกเจ็บปวดทรมาน หวัง เมื่อเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) กระตุ้นให้อารมณ์ทางลบเกิดขึ้นก็จะเพิ่มโอกาสการเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ในที่สุด⁸

ความรู้สึกสิ้นหวังในผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นมุมมองหรือทัศนคติในเชิงลบ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความสิ้นหวังสามารถทำนายความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ทำให้บุคคลใช้รูปแบบการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ ส่วนการมีความหวังช่วยให้บุคคลสามารถมองเห็นแนวทางในการเผชิญปัญหาและดำเนินชีวิตท่ามกลางสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตได้อย่างเหมาะสม⁹ ซึ่งอาจช่วยลดผลกระทบด้านลบของความสิ้นหวังที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย¹⁰ โดยบุคคลที่มีระดับความสิ้นหวังสูงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะยาวเพิ่มขึ้น¹⁰ ในทางกลับกันการมีระดับความหวังสูงเป็นกลไก

เชิงบวกที่ช่วยส่งเสริมพลังทางจิตใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญและปรับตัวต่อความทุกข์ทางอารมณ์ได้ดีขึ้น ลดระดับความคิดฆ่าตัวตายได้

ดังนั้นปัจจัยปกป้องความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ก็คือ การมีความหวัง¹¹ ความหวังมีบทบาทในการสร้างแรงจูงใจ เป้าหมาย และความเชื่อมั่นว่าบุคคลสามารถฟันฝ่าอุปสรรคเพื่อไปสู่อนาคตที่ดีกว่าได้¹² แนวคิดความหวังของ Snyder¹² ซึ่งว่าความหวังประกอบด้วย ความตั้งใจที่จะไปให้ถึงเป้าหมายและความสามารถในการคิดค้นวิธีการเพื่อบรรลุเป้าหมาย ซึ่งเป็นพลังทางจิตที่ช่วยให้บุคคลหลุดพ้นจากความรู้สึกหมดหวังและเจ็บปวด ความหวังเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การคิด การรับรู้ การแสดงออกทางพฤติกรรม และความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยมีเป้าหมายเพื่อคาดหวังผลลัพธ์เชิงบวกในอนาคต ความหวังจึงไม่เพียงเป็นพลังบวกที่ช่วยขับเคลื่อนพฤติกรรมแต่ยังเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า¹³ ปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้แก่ 1) ความสามารถทางปัญญาในการประเมินและจัดการสถานการณ์ 2) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง 3) สุขภาพกายที่แข็งแรง และ 4) ประสบการณ์แห่งความสำเร็จในอดีตทั้งจากตนเองและผู้อื่น¹⁴ องค์ประกอบเหล่านี้ล้วนส่งเสริมให้บุคคลเกิดความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายและลดความเสี่ยงต่อความคิดฆ่าตัวตาย

การป้องกันความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหลากหลายแนวทาง เช่น การคัดกรองความเสี่ยงด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ได้แก่ Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) และ PHQ-9 การสัมภาษณ์ทางคลินิกอย่างละเอียด การให้ยารักษาโรคซึมเศร้า การวางแผนความปลอดภัยส่วนบุคคล (Safety planning intervention) และนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตาย เช่น โครงการ “Zero Suicide” ในประเทศไทยมีการดำเนินงานโดยกรมสุขภาพจิต เช่น คู่มือปฏิบัติงานเชิงรุกและสายด่วนสุขภาพจิต 1323⁵ ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนา

โปรแกรมบำบัดทางจิตวิทยาหลายรูปแบบ อาทิ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดแบบยอมรับและมุ่งมั่น การบำบัดด้วยสติ และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม¹⁵ แต่แนวทางเหล่านี้ยังขาดการบูรณาการแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก เช่น ความหวัง และยังมีข้อจำกัดในการตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล โดยเฉพาะในกิจกรรมกลุ่มที่อาจไม่เอื้อต่อการเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัวเชิงลึก ส่งผลให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหเฉพาะตัวได้อย่างแท้จริง Herth¹⁶ ได้นำเสนอแนวคิดการสร้าง的希望ผ่าน 4 กระบวนการ ได้แก่ 1) กระบวนการสร้างประสบการณ์ (Experiential process) โดยการระลึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต 2) กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล (Rational thought process) ที่เชื่อมโยงอดีต ปัจจุบัน และอนาคต 3) กระบวนการทางจิตวิญญาณ (Spiritual process) ที่เน้นการค้นหาคำหมายในชีวิต และ 4) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ (Relational process) ที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางอารมณ์และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ช่วยเสริมสร้างพลังใจ มุมมองเชิงบวก และความหวังต่อการดำเนินชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมสร้างความหวังโดยใช้แนวคิดของ Herth¹⁶ ยังไม่เคยนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมุ่งเน้นการปรับกระบวนการคิด การวางแผนชีวิต และการส่งเสริมแรงบันดาลใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตายอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนทดลอง

2. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกัน

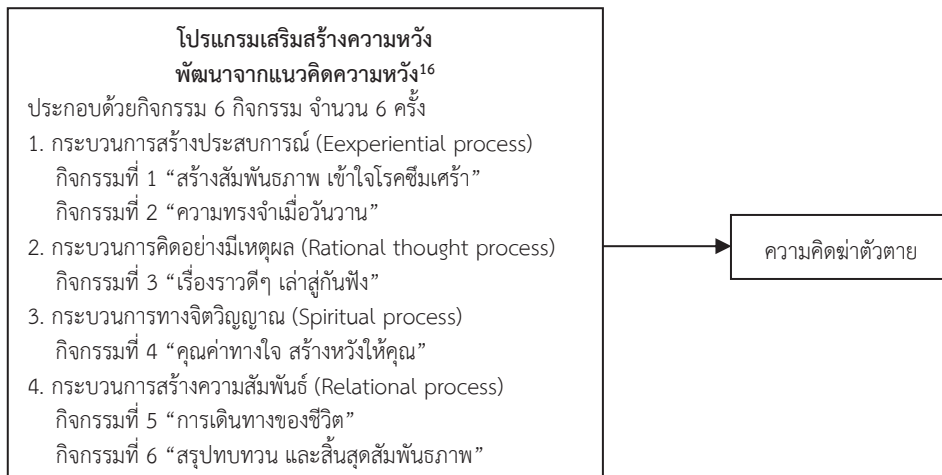
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเสริมสร้างความหวังของ Herth¹⁶ ในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความหวังความหวังเป็นความคิดความรู้สึกที่มีอยู่ในตัวบุคคล ที่เชื่อว่า จะเจอสิ่งที่ดีในอนาคต เป็นแรงขับที่ทำให้บุคคลสามารถกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สามารถแสดงออกได้ทางอารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการประสบการณ์ (Experiential process) เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ รวมทั้งเหตุการณ์ที่สิ้นหวัง เพื่อนำมาปรับมุมมองใหม่ ในการคิดเชิงบวก 2) กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล (Rational thought process) การที่บุคคลจะกระทำเป้าหมายให้บรรลุผลสำเร็จได้นั้น บุคคลจะต้องมีกระบวนการคิด และกระทำกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ เมื่อบุคคลมีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจน และเป็นจริงได้ พร้อมทั้งสามารถทบทวนประสบการณ์



ในอดีตที่เคยผ่านวิกฤตมาได้สำเร็จ จะเกิดความรู้สึก ยอมรับความจริง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความมั่นใจในการเผชิญปัญหา ส่งผลให้เกิด แรงจูงใจ ความหวัง และลดความคิดฆ่าตัวตายลง 3) กระบวนการทางจิตวิญญาณ (Spiritual process) เป็นการคงไว้ซึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อและจิต วิญญาณ อาจมีความเกี่ยวข้องกับศาสนา พิธีกรรมตาม ความเชื่อของบุคคล ความต้องการทางจิตวิญญาณ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและความเชื่อในพลังที่ ยิ่งใหญ่กว่าตนเอง ช่วยให้ผู้บุคคลค้นพบความหมาย

และจุดมุ่งหมายในชีวิต เป็นที่พึ่งทางใจ ลดความรู้สึก สิ้นหวังและความคิดฆ่าตัวตาย และ 4) กระบวนการ สร้างความสัมพันธ์ (Relational process) เกี่ยวข้อง กับการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อสนับสนุน ด้านอารมณ์ การแลกเปลี่ยนข้อมูล เกิดการมีส่วนร่วม สนับสนุน ส่งเสริม และยอมรับซึ่งกันและกัน ช่วยให้ ผู้ป่วยเกิดความหวังและแรงบันดาลใจในการมีชีวิตอยู่ และลดความคิดฆ่าตัวตาย จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความหวังเพื่อ ช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design) เป็นการให้การบำบัดแบบ รายบุคคล

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคซึมเศร้า รหัสโรค F32, F33 (ICD 10 CM, 2025) หรือ DSM-V รหัสโรค 296.xx (DSM 5 TR, 2022) ที่เข้ารับการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิแบบผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคซึมเศร้า รหัสโรค F32, F33 (ICD 10 CM, 2025) หรือ DSM-V รหัสโรค 296.xx (DSM 5 TR, 2022) ร่วมกับ มีภาวะ Suicide idea หรือ Suicide risk มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยกำหนดเกณฑ์ในการ คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีคะแนน ความเสี่ยงฆ่าตัวตายอยู่ระหว่าง 1 - 16 คะแนน ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q) (มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อยถึง ปานกลาง) 2) สามารถสื่อสาร ฟัง อ่าน เขียนด้วย ภาษาไทยได้ 3) ไม่มีปัญหาด้านการพูด การได้ยิน และการมองเห็น **เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)**

ดังนี้ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบ ได้แก่ หงุดหงิด หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน พฤติกรรมก้าวร้าว หวาดระแวง เป็นต้น หรืออาการทางกายรุนแรง ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก เกร็ง เป็นต้น

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย (Termination criteria) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณค่าอำนาจอิทธิพล โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากผลการศึกษาของ ปวีณา นพโสธร เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% หรือระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้คำนวณได้อิทธิพลเท่ากับ 0.87 นำไปคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้น้อยกว่า 22 คน และเพื่อเป็นการทดแทนหากมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จำนวน 4 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 48 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน โดยมีการควบคุมการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม (Contamination) ผู้วิจัยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 หอผู้ป่วย กลุ่มทดลอง (หอผู้ป่วย A) และกลุ่มควบคุม (หอผู้ป่วย B) โดยมีผู้วิจัยดำเนินการโปรแกรมทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 รูปแบบ ดังนี้ 1) **เครื่องมือคัดกรอง** ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q)¹⁷ ได้ตรวจสอบค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 2) **เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ประวัติการ

พยายามฆ่าตัวตายของตนเองและบุคคลในครอบครัว และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI – Thai version 2014)¹⁸ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 0.89 และตรวจสอบความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 และ 3) **เครื่องมือดำเนินการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างความหวัง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจภาษา ขั้นตอนการทำกิจกรรม มีบางคำชี้แจงในใบงาน กิจกรรมที่ต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจ ทำให้ผู้วิจัยต้องอธิบายซ้ำ มีการปรับแก้ไขโดยใช้เวลาในการอธิบายรายละเอียดของใบงานกิจกรรมเพิ่มขึ้น และมีการทวนซ้ำทุกครั้งก่อนเริ่มทำใบงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 2 หอผู้ป่วย รวมทั้งสิ้น 48 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ด้วยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แล้วจับฉลากแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง (หอผู้ป่วย A) และกลุ่มควบคุม (หอผู้ป่วย B) กลุ่มละ 24 คน หลังจากผู้ป่วยให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (Pretest) ในสัปดาห์ที่ 1 และได้รับการพยาบาลตามปกติ แล้วนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 2 เมื่อครบ 3 สัปดาห์ เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้ง (Posttest)



กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล (Pretest) ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการให้โปรแกรมเสริมสร้างความหวัง โดยทำเป็นรายบุคคล ณ ห้องประชุมหอผู้ป่วยจิตเวช ดำเนินการทดลองทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “สร้างสัมพันธ์ภาพ เข้าใจโรคซึมเศร้า” มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิก เพื่อสร้างความไว้วางใจและลดความวิตกกังวล พร้อมให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อาการ สาเหตุ วิธีการดูแลตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์และรูปแบบกิจกรรมตลอดโปรแกรม

กิจกรรมที่ 2 “ความทรงจำเมื่อวันวาน” ดำเนินกิจกรรมภายใต้กระบวนการประสบการณ์ โดยให้สมาชิกเล่าถึงเหตุการณ์ในอดีตทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่สำเร็จ เพื่อสะท้อนคิดและเชื่อมโยงประสบการณ์เหล่านั้นกับการสร้างความหวังในปัจจุบัน

กิจกรรมที่ 3 “เรื่องราวดี ๆ เล่าสู่กันฟัง” ใช้แนวคิดกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล ผ่านกิจกรรมเล่าเรื่องราวความสำเร็จในอดีต เพื่อกระตุ้นการประเมินความคิด ความรู้สึก และค้นหาความหมายของเหตุการณ์ ซึ่งส่งเสริมให้เกิดทัศนคติเชิงบวกและแรงบันดาลใจในการดำเนินชีวิต

กิจกรรมที่ 4 “คุณค่าทางใจ สร้างหวังให้คุณ” ดำเนินกิจกรรมโดยเน้นกระบวนการทางจิตวิญญาณให้สมาชิกสะท้อนคุณค่าภายใน ความเชื่อ หรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อนำไปสู่การสร้างแรงใจ ความเข้มแข็งภายใน และเป้าหมายชีวิต

กิจกรรมที่ 5 “การเดินทางของชีวิต” เน้นกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ โดยให้สมาชิกพูดคุยถึงประสบการณ์ความสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญในชีวิต

ทบทวนความหมายที่ได้รับ และวางแผนชีวิตในอนาคต เพื่อสร้างความหวังและมุมมองเชิงบวกต่อชีวิต

กิจกรรมที่ 6 “สรุปทบทวน และสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพ” สมาชิกได้สะท้อนตนเอง ทบทวนกิจกรรมตลอดโปรแกรม ประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ และระดับความหวัง พร้อมกล่าวสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพอย่างเป็นทางการ

เมื่อทำกิจกรรมครบ 6 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (Posttest)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่หนังสือรับรอง COA No. 044/2567 ต่ออายุการรับรองครั้งที่ 1 วันที่อนุมัติ 7 พฤษภาคม 2568 วันสิ้นสุดการอนุมัติ 29 เมษายน 2569 และจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก หนังสือรับรองที่ IRBRTA 1293/2567 วันที่อนุมัติ 1 ตุลาคม 2567 วันสิ้นสุดการอนุมัติ 30 กันยายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยวิธีการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's exact test 2) ตรวจสอบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง โดยใช้สถิติ Dependent t-test และ 3) วิเคราะห์การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p > .05$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุในช่วง 20 - 29 ปี ในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 75 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 70.8 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 75 และ 79.2 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 75 และ 70.8 ตามลำดับ โดยมีอาชีพข้าราชการ กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 45.8 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 66.7 มีรายได้

10,000 - 20,000 บาท เหมือนกัน กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 54.2 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 50 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 54.2 และ 41.7 ตามลำดับ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 70.8 เท่ากัน ไม่เคยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 54.2 เท่ากัน และไม่มีบุคคลในครอบครัวเคยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 75 เท่ากัน และไม่เคยเข้ารับการบำบัดทางจิตใจรูปแบบอื่นมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 70.8 เท่ากัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของตนเองและบุคคลในครอบครัว และการเข้ารับการบำบัดทางจิตใจ ($n = 48$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ($n = 24$)		กลุ่มควบคุม ($n = 24$)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)					.605 ^a	.437
20 - 29	18	75.0	17	70.8		
30 - 39	6	25.0	7	29.2		
สถานภาพสมรส					.956 ^a	.916
โสด	18	75.0	19	79.2		
สมรส	4	16.7	4	16.7		
หย่า/แยกทาง	2	8.3	1	4.2		
ระดับการศึกษา					2.035 ^b	1.000
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	12.5	3	12.5		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	18	75.0	17	70.8		
ปริญญาตรี	3	12.5	4	16.7		
อาชีพ					11.310 ^b	.116
ข้าราชการ	11	45.8	16	66.7		
เจ้าของกิจการ	3	12.5	4	16.7		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	12.5	2	8.3		
อื่นๆ	7	29.2	2	8.3		
รายได้ (บาท)					7.020 ^b	.705
ไม่มีรายได้	3	12.5	2	8.3		
ต่ำกว่า 10,000	3	12.5	8	33.3		
10,000 - 20,000	13	54.2	12	50.0		
20,001 - 30,000	5	20.8	2	8.3		



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของตนเองและบุคคลในครอบครัว และการเข้ารับการบำบัดทางจิตใจ (n = 48) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 24)		กลุ่มควบคุม (n = 24)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความเพียงพอของรายได้					4.982 ^b	.265
เพียงพอและมีเหลือเก็บ	5	20.8	3	12.5		
เพียงพอ	13	54.2	10	41.7		
ไม่เพียงพอ	6	25.0	11	45.8		
โรคประจำตัว					.002 ^a	1.000
ไม่มี	17	70.8	17	70.8		
มี	7	29.2	7	29.2		
พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย					2.593 ^a	.102
ไม่เคย	13	54.2	13	54.2		
เคย	11	45.8	11	45.8		
พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย					2.593 ^a	.102
ไม่เคย	13	54.2	13	54.2		
เคย	11	45.8	11	45.8		
บุคคลในครอบครัวเคยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย					2.667 ^a	.102
ไม่มี	18	75.0	18	75.0		
มี	6	25.0	6	25.0		
เข้ารับการบำบัดทางจิตรูปแบบอื่นมาก่อน					.897 ^a	.344
ไม่เคยบำบัด	17	70.8	17	70.8		
เคยบำบัด	7	29.2	7	29.2		

a = Chi-square, b = Fisher's exact test

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 24)

คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย	Mean	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	7.21	2.95	23	15.11	< .001
หลังการทดลอง	.96	1.23			

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (Mean = 0.96, SD = 1.23) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง (Mean = 7.21, SD = 2.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 15.11, p < .001)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 24)

คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย	Mean	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	6.17	2.37	23	11.60	< .001
หลังการทดลอง	3.38	1.66			

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (Mean = 3.38, SD = 1.66) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง (Mean = 6.17, SD = 2.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 11.60, p < .001$)

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n = 48)

คะแนนความคิด ฆ่าตัวตาย	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			df	t	p-value
	Mean (SD)	$\bar{D}_1$	SD	Mean (SD)	$\bar{D}_2$	SD			
ก่อนการทดลอง	7.21 (2.95)			6.17 (2.37)					
หลังการทดลอง	.96 (1.23)	-6.25	1.72	3.38 (1.66)	-2.79	.71	46	7.23	< .001

จากตารางที่ 4 พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง ($\bar{D}_1 = -6.25, SD = 1.72$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2 = -2.79, SD = 0.71$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.23, p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษาที่พบเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างความหวังที่ดำเนินการบำบัดแบบรายบุคคล ผ่านกิจกรรม 6 กิจกรรม ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ส่งผลให้ระดับความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างชัดเจน โดยกระบวนการดำเนินงานของโปรแกรมนี้สอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีด้านจิตวิทยาและงานวิจัยหลายฉบับที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่าง “ความหวัง” และ “การลดความคิดฆ่าตัวตาย” โดยดำเนินกิจกรรมผ่าน 4 กระบวนการหลัก คือ

1) กระบวนการประสบการณ์ มีส่วนช่วยให้อาสาสมัครวิจัยสามารถเปิดเผยความรู้สึกอย่างจริงใจ ลดความรู้สึกแปลกแยก (Isolation) และเริ่มต้นการยอมรับปัญหาภายในตนเอง ซึ่งสนับสนุนทฤษฎี Cognitive theory of suicide ที่ระบุว่า การเปิดเผยอารมณ์อย่างตรงไปตรงมาภายใต้บริบทที่ปลอดภัยสามารถลดกระบวนการคิดฆ่าตัวตายได้ ผลลัพธ์สอดคล้องกับแนวคิดของ Yalom¹⁹ เรื่อง “Universality” ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ว่าคุณไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพังสามารถลดความสิ้นหวังได้ อีกทั้งยังเชื่อมโยงกับ “Papageno effect” ที่ชี้ว่าการได้รับฟังเรื่องราวของผู้ที่ผ่านภาวะวิกฤติสามารถช่วยป้องกันความคิดฆ่าตัวตายได้²⁰

2) กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล ช่วยส่งเสริมการตีความสถานการณ์ในอดีตที่ประสบความสำเร็จเพื่อนำไปสู่การวางแผนจัดการปัญหาในปัจจุบันและอนาคต โดยการเชื่อมโยงกับประสบการณ์เชิงบวก



ในอดีต โปรแกรมนี้ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมสามารถมองเห็นคุณค่าและศักยภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Herth¹⁶ ทั้งนี้ แนวคิด “Episodic future thinking”²¹ ก็สนับสนุนเช่นกันว่า การฝึกนึกถึงภาพอนาคตโดยอ้างอิงจากความทรงจำเชิงบวกในอดีต ช่วยเพิ่มระดับความหวังและลดความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) กระบวนการทางจิตวิญญาณ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเชื่อมโยงกับความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณในฐานะที่เป็นกลไกภายในในการรับมือกับความทุกข์และความคิดฆ่าตัวตาย กระบวนการทางจิตวิญญาณในโปรแกรมนี้ พบว่า การมีความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับอัตราความคิดฆ่าตัวตายที่ลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่เน้นบทบาทของความเชื่อทางศาสนาในการลดอัตราการฆ่าตัวตาย การค้นหาความหมายของชีวิต ซึ่งมีบทบาทในการสร้างพลังใจ²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณรัชต์หยัยล้ำเลิศ²² ที่ระบุว่า การมีแรงบันดาลใจทางจิตวิญญาณสามารถกำหนดเป้าหมายชีวิตในแต่ละวันและส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ การมีแรงบันดาลใจหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น เป้าหมายในชีวิต บุคคลที่รัก หรือค่านิยมที่ยึดถือ ช่วยส่งเสริมความพยายามในการมีชีวิตอยู่ต่อไป 4) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์เป็นหัวใจสำคัญของการเสริมสร้างความหวังผ่านความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเฉพาะครอบครัว เพื่อน และสังคมรอบข้าง²³ ผลที่พบสอดคล้องกับทฤษฎีของ Dufault & Martocchio²⁴ ที่มองว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นรากฐานของความหวัง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ กิจกรรมที่ส่งเสริมการทบทวนความสัมพันธ์และสะท้อนคุณค่าของตนในสายตาผู้อื่นจึงช่วยลดความรู้สึกรู้ค่า และส่งเสริมการมีชีวิตอย่างมีเป้าหมาย นอกจากนี้กระบวนการทั้งหมดของโปรแกรมยังสอดคล้องกับกรอบแนวคิดด้านจิตวิทยาเชิงบวกที่เน้นการส่งเสริมความหวัง

ความหมายของชีวิต และเป้าหมายในอนาคต¹³ ซึ่งเป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงของความคิดฆ่าตัวตาย

2. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษาที่พบเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างความหวังที่ประกอบด้วยกระบวนการบำบัด 4 ด้าน ได้แก่ กระบวนการประสบการณ์ กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล กระบวนการทางจิตวิญญาณ และกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ผ่านกิจกรรมจำนวน 6 กิจกรรม ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญในการลดระดับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยอธิบายได้ผ่านแนวคิดของ Herth¹⁶ ซึ่งเสนอว่า “ความหวัง” เป็นพลังเชิงบวกที่ประกอบด้วยการคาดหวังผลลัพธ์ที่ดีในอนาคต ความเชื่อมั่นในตนเอง การมีความสัมพันธ์ที่สนับสนุน และการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจซึ่งสะท้อนออกมาทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล

ในกลุ่มทดลอง อาสาสมัครวิจัยได้รับการส่งเสริมความหวังผ่านกิจกรรมที่มุ่งเน้นการระบายอารมณ์ การทบทวนประสบการณ์ชีวิตในอดีต โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จ แม้เพียงเล็กน้อย ซึ่งส่งผลให้เกิดการยอมรับตนเองในปัจจุบัน และมีความเชื่อมั่นในการเผชิญกับปัญหาในอนาคต กระบวนการนี้สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การระลึกถึงอดีตและการถ่ายทอดอารมณ์จากความทรงจำที่มีความหมายเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยเสริมสร้างความหวัง²⁵

เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน อาจเนื่องจากการดูแลตามปกติ มีการประเมินความคิดฆ่าตัวตาย การให้ความรู้ และการดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา นอกจากนี้ยังมีปัจจัยแวดล้อมอื่น เช่น การได้รับความสนใจจากบุคลากร การมีปฏิสัมพันธ์กับทีมวิจัย หรือการได้รับการประเมินสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจส่งผลเชิงบวกต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยและช่วยลดระดับความคิดฆ่าตัวตายได้ อย่างไรก็ตามการลดลงของความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มควบคุมยังต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ นั่นคือผลการวิจัยครั้งนี้เป็นผลจากโปรแกรมเสริมสร้างความหวังตามแนวคิดของ Herth¹⁶ ที่เสนอว่าความหวังมีองค์ประกอบหลักสองด้าน คือ ความตั้งใจในการบรรลุเป้าหมายและการวางแผนเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น ซึ่งพบว่ากระบวนการภายในโปรแกรมที่เน้นการสะท้อนความคิดและการวางแผนในอนาคตมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นการคิดในเชิงสร้างสรรค์ ลดความคิดแบบ “คิดซ้ำเชิงลบ” (Rumination) และเพิ่มการมองชีวิตในมุมที่เป็นไปได้มากขึ้น นอกจากนี้การส่งเสริมความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างและการได้รับการยอมรับในกลุ่ม ยังมีบทบาทสำคัญในการลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อความคิดฆ่าตัวตาย โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ Dufault & Martocchio²⁴ ที่อธิบายว่า “ความหวัง” เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากบริบทของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมถึงแนวคิดของ Yalom¹⁹ เรื่อง “Universality” ซึ่งชี้ว่า การตระหนักว่าผู้อื่นก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน ช่วยลดความรู้สึกแปลกแยกและเสริมสร้างพลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nam และคณะ²¹ ที่พบว่า การฝึกใช้ความคิดแบบจินตนาการถึงเหตุการณ์ในอนาคต (Episodic future thinking) จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจินตนาการถึงอนาคตที่เป็นไปได้ในเชิงบวก ซึ่งอาจมีส่วนช่วยลดระดับความคิดฆ่าตัวตายได้

สรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความหวังที่ได้รับการออกแบบจากแนวคิดของ Herth¹⁶ และดำเนินการอย่างเป็นระบบ สามารถลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนาหรือขยายผลจึงมีความสำคัญในการป้องกันความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมเสริมสร้างความหวังไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น พยาบาลควรได้อบรมการใช้โปรแกรมที่ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวชอื่นๆ รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สุรยาเสพติด ในการลดความคิดฆ่าตัวตาย
2. ผู้ที่นำโปรแกรมไปใช้ สามารถปรับเปลี่ยนเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังในระยะยาว เช่น 1 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาพัฒนาต่อยอดแนวคิดความหวังในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายในโรคจิตเวชกลุ่มอื่นๆ เช่น โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคติดสุราหรือยาเสพติด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิง มณฑารพ กมลาศน์ ทางคณะผู้วิจัยขอขอบคุณแพทย์ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลปฏิบัติการ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในหอผู้ป่วยที่ได้กรุณาสันับสนุนให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดี ตลอดจนอาสาสมัครทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

1. Mekkulwirot R. Psychiatric nursing. Bangkok: University Press; 2025. (in Thai).
2. Huaisai T, Surinchompu K, Pongtrippat W. Negative automatic thought and suicidal risk of psychiatric patients. Journal of Sakon Nakhon Hospital 2021;36(3):49-57. (in Thai).
3. World Health Organization. Depression. [Internet]. [cited 2025 Jun 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
4. Department of Mental Health. National mental health report 2024. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024. (in Thai).
5. Department of Mental Health. National mental health report 2022. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. (in Thai).
6. Nation Thailand. Thailand records over 5,000 suicide deaths in past year. [Internet]. [cited 2025 Jun 20]. Available from: <https://www.nationthailand.com>.
7. Sukhawaha S, Arunpongpaial S. Risk factor and suicide theory associated with suicide in adolescents: a narrative reviews. J Psychiatr Assoc Thailand 2017;62(4):359-78. (in Thai).
8. Mahathamnuchock S. The related theories and model of suicidal behavior: an ideation to action applicable to suicide prevention. THJPH 2022;52(1):88-98. (in Thai).
9. Miller JF. Hope-inspiring strategies of the critically ill. Appl Nurs Res 1989;2(1):23-9.
10. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. Am J Psychiatry 1985;142(5):559-63.
11. Cheavens JS, Cukrowicz KC, Hansen RJ, Mitchell SM. Incorporating resilience factors into the interpersonal theory of suicide: the role of hope and self-forgiveness in an older adult sample. J Clin Psychol 2016;72(1):58-69.
12. Snyder CR. Handbook of hope: theory, measures, and applications. San Diego: Academic Press; 2000.
13. Masjedi-Arani A, Yoosefee S, Hejazi S, Jahangirzade M, Jamshidi MA, Heidari M, et al. Effectiveness of an Islamic approach to hope therapy on hope, depression, and anxiety in comparison with conventional hope therapy in patients with coronary heart disease. J Adv Med Biomed Res 2020;28:82-9.
14. Singkhorn O, Hamtanon P. Hope therapy for patients with depression: concepts and applications. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2021;35(1):146-56. (in Thai).
15. Suksawat B, Hengudomsab P, Nabkasorn C. The effects of group cognitive behavioral modification program on hope and depression among community-dwelling older adults. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2017;25(1):95-107. (in Thai).
16. Herth K. Development and implementation of a hope intervention program. Oncol Nurs Forum 2001;28(6):1009-17.



17. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. [Internet]. [cited 2024 May 1]. Available from: <https://thaidepression.com>. (in Thai).
18. Kittiteerasack P, Mujjeen K. Psychometric properties of the Thai version of the Scale for Suicidal Ideation (SSI-Thai version 2014). *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015;29(1):93-102. (in Thai).
19. Yalom ID, Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. 5th ed. New York: Basic Books; 2005.
20. Niederkrotenthaler T, Kirchner S, Sinyor M, Braun M, Pirkis J, Tran US, et al. Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2022;7(2):e156-68.
21. Nam RJ, Lowry NJ, Lawrence OC, Novotny LJ, Cha CB. Episodic future thinking and psychopathology: a focus on depression and suicide risk. *Curr Opin Psychol* 2024;59:101853.
22. Lamler N, Tasee P. Hope experience of people living with HIV. *MCU Journal of Social Development* 2024;9(3):266-80. (in Thai).
23. Sun B, Wang N, Li K, Yang Y, Zhang F. The mediating effects of hope on the relationships of social support and self-esteem with psychological resilience in patients with stroke. *BMC Psychiatry* 2024;24(1):340.
24. Dufault K, Martocchio BC. Hope: its spheres and dimensions. *Nurs Clin North Am* 1985;20(2):379-91.
25. Faul L, Ford JH, Kensinger EA. Update on “emotion and autobiographical memory”: 14 years of advances in understanding functions, constructions, and consequences. *Phys Life Rev* 2024;51:255-72.



การศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ A Study of Ethical Behavior among Royal Thai Navy Nursing Students

กรุณา วงษ์เทียนหลาย* รัชนี สุขสว่าง** กัญญาพัชร คำเชื่อน** ชนิกันต์ นิลละเอียด***
นันทยา นรากรณ์** พรรณภัทร ฉายแสง*** พัทธภรณ์ หลานคำ*** พันธุ์ ศรีใส****
ศุภานัน แทนนิล*** สันธชา อยู่ยอด**** อรณิชา คำเหลือง****

Karuna Wongtienlai,* Ratchanee Suksawang,** Kanyaphat Kumkhaun,** Chanikarn Ninlaaiad,***
Nantiya Narakon,** Pannapat Chaisang,*** Phatcharaporn Lankham,*** Phannaphat Srisai,****
Supanun Tannin,*** Sananthacha Yuyod,**** Oranit Khamluang****

* วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ กรุงเทพมหานคร

* Royal Thai Navy College of Nursing, Bangkok

** โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรุงเทพมหานคร

** Somdech Phra Pinklao Hospital, Bangkok

*** โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จ.ชลบุรี

*** Somdej Pranangchaosirikit Hospital, Chonburi Province

**** โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร

**** Siriraj Hospital, Bangkok

* Corresponding Author: khunkaruna.w@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมจริยธรรม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจริยธรรมและปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ ในปีการศึกษา 2568 ตัวแปรต้น คือ ระดับชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม บรรยากาศในสถานศึกษา ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนพยาบาลทหารเรือ ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2568 จำนวน 148 คน และผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบประเมินบรรยากาศสถานศึกษา 57 ข้อ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาล 30 ข้อ และ 3) แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับการพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ 3 ข้อ แบบประเมินบรรยากาศสถานศึกษามีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.98 และแบบสอบถามพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมจริยธรรม ด้วยสถิติไคสแคว์ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสอบถามปลายเปิดและการสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า

1) นักเรียนพยาบาลทหารเรือมีพฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.73 SD = 0.54) ด้านความซื่อสัตย์สุจริต และด้านความรับผิดชอบสูงสุด มีค่าเท่ากัน อยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.78 SD = 0.47)

Received: March 29, 2026; Revised: August 15, 2026; Accepted: August 17, 2026

2) บรรยาภาศสถานศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรม อยู่ในระดับดี Mean = 4.14 SD = 0.90) อาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับสูงสุด ในระดับดี (Mean = 4.43 SD = 0.73)

3) บรรยาภาศสถานศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (Cramer's V = .311)

4) อาจารย์พยาบาลผู้เป็นแบบอย่างทางจริยธรรม (Role model) และการจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการ คุณธรรมจริยธรรมในรายวิชา เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาล

คำสำคัญ: พฤติกรรมจริยธรรม บรรยาภาศสถานศึกษา นักเรียนพยาบาล

Abstract

This mixed-methods research aimed to study ethical behavior, factors related to ethical behavior and factors promoting ethical behavior among naval nursing students in the academic year 2025. The independent variables comprised academic year level, cumulative grade point average (GPAX), and institutional climate, whereas the dependent variable was the ethical behavior of the nursing students. Participants included 148 first-through fourth-year naval nursing students from the 2025 academic year, as well as 25 key informants who participated in focus group discussions. The research instruments consisted of: (1) a 57-item institutional climate questionnaire; (2) a 30-item evaluation questionnaire assessing the ethical behavior of naval nursing students; and (3) a 3-item open-ended questionnaire concerning ethical practices. Instrument reliability was evaluated, yielding overall reliability values of 0.98 for the institutional climate scale and 0.93 for the ethical behavior evaluation scale. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation and the chi-square test was employed to analyze the relationships involving ethical behavior. Qualitative data from open-ended responses and focus group discussions were analyzed using content analysis. The findings revealed that:

(1) Naval nursing students demonstrated their overall ethical behavior at a very high level (Mean = 4.73, SD = 0.54). Among all domains, honesty and integrity, and responsibility yielded the highest scores at an equal level, both at a very high level (Mean = 4.78, SD = 0.47);

(2) Overall, the institutional climate for promoting ethical behavior was at a good level (Mean = 4.14, SD = 0.90), with nursing faculty achieving the highest score, also at a good level (Mean = 4.43, SD = 0.73);

(3) Institutional climate was significantly associated with the level of ethical behavior among naval nursing students at the .05 level, exhibiting a moderate degree of association (Cramer's V = .311);

(4) Nursing faculty acting as ethical role models and the integration of ethics into course instruction were identified as key factors in promoting ethical behavior among nursing students.

Keywords: ethical behaviors, institutional climate, nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

ในปัจจุบันสังคมและเศรษฐกิจโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนและท้าทายทั้งด้านความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัล การสื่อสารไร้พรมแดน และการแข่งขันที่รุนแรง ส่งผลให้เกิดแรงกดดันต่อการดำรงชีวิตและการตัดสินใจของบุคคลซึ่งปัญหาเหล่านี้มีผลต่อคุณธรรมและจริยธรรมในหลายระดับ ทั้งในระดับบุคคล องค์กร และวิชาชีพ โดยสถิติจาก WHO ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาการละเมิดจริยธรรมในผู้ประกอบการวิชาชีพทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น¹ โดยเฉพาะในเรื่องการละเมิดสิทธิผู้ป่วย การขาดความซื่อสัตย์และความรับผิดชอบในหน้าที่ ซึ่งเป็นประเด็นที่สร้างความกังวลในระดับโลก ในวงการพยาบาลปัญหานี้สะท้อนให้เห็นว่า “คุณธรรมและจริยธรรม” ไม่ได้เป็นเพียงคุณลักษณะเชิงอุดมคติ แต่เป็นสมรรถนะวิชาชีพที่ต้องได้รับการปลูกฝังอย่างจริงจังและต่อเนื่องตั้งแต่วัยเยาว์ในช่วงการศึกษา จากการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลจีนกว่า 1,000 คน พบว่า นักศึกษาชั้นปีต้น (ปี 1 - 2) มีคะแนนคุณธรรมจริยธรรมสูงกว่าชั้นปีสูง (ปี 3 - 4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ² สอดคล้องกับแนวโน้มในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย

ประเทศไทย ปัญหาการละเมิดจริยธรรมในสายวิชาชีพการพยาบาลและสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น การไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านจรรยาบรรณ การละเลยต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และการขาดความรับผิดชอบต่อหน้าที่ อาจส่งผลให้ความตระหนักทางจริยธรรมลดลง หากไม่ได้รับการปลูกฝังอย่างต่อเนื่องจะส่งผลต่อวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งปัจจุบันสภาการพยาบาลได้มีการกำหนดกรอบคุณธรรมจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย (1) การเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ของผู้รับบริการ (2) การให้บริการด้วยความเมตตาปรารถนาดีและไม่เลือกปฏิบัติ (3) การรักษาความลับของผู้ป่วยและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (4) การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์สุจริตยึดมั่นในความถูกต้องและความยุติธรรม (5) การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งส่งผลให้สถาบันการศึกษาจำเป็นต้องพัฒนาหลักสูตรที่ส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมสำหรับนักเรียนพยาบาล เพื่อเตรียมตัวเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีมาตรฐานคุณธรรมจริยธรรมตามมาตรฐานวิชาชีพทางการพยาบาล³

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในประเทศไทยมีเป้าหมายหลักในการผลิตพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถ และคุณธรรมจริยธรรม เพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพ สภาการพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพได้กำหนดให้ “คุณธรรมจริยธรรม” เป็นสมรรถนะสำคัญของบัณฑิตพยาบาล โดยระบุไว้ในกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ให้สถานศึกษาปลูกฝังด้านคุณธรรมจริยธรรม 6 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย (1) ความซื่อสัตย์สุจริต (2) ความรับผิดชอบต่อ (3) การตัดสินใจโดยใช้หลักจริยธรรม (4) การเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของบุคคล (5) การมีจิตสาธารณะ และ (6) การตระหนักรู้ทางวิชาชีพการพยาบาล⁴ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระดับจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลมีความแตกต่างกันตามชั้นปีการศึกษา โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 มีคะแนนด้านจิตสาธารณะและความรับผิดชอบต่อต่ำกว่าชั้นปีอื่น⁵ และ พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีคะแนนด้านการตระหนักรู้ในคุณค่าของวิชาชีพต่ำกว่าชั้นปีที่ 1 และ 2 จากข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตร⁶ ที่สามารถรักษาและเสริมสร้างคุณธรรมจริยธรรมให้คงอยู่ตลอดระยะเวลาการศึกษา และจากการศึกษา

พฤติกรรมจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษณ์ธานี พบว่า ด้านการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ด้านความซื่อสัตย์ มีวินัย ตรงต่อเวลา ด้านความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม ด้านการมีจิตสาธารณะ และด้านการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรมอยู่ในระดับมาก⁷ งานวิจัยเรื่องพฤติกรรมด้านคุณธรรม จริยธรรมของนักศึกษา คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ ประจำปีการศึกษา 2563 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านคุณธรรมจริยธรรม โดยรูปแบบการวิจัยเป็นวิจัยเชิงสำรวจ ด้วยการใช้เครื่องมือแบบสอบถาม พบว่าเครื่องมือนี้มีโครงสร้างและครอบคลุม เช่น ความเสียสละ ความมีระเบียบวินัย ความรับผิดชอบ และความยุติธรรม ซึ่งสอดคล้องกับคุณลักษณะด้านคุณธรรมที่ต้องการในนักศึกษาพยาบาล ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามดังกล่าวมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ⁸

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการกรมแพทย์ทหารเรือ เป็นสถาบันการศึกษาในสังกัดกระทรวงกลาโหม จัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มุ่งเน้นการพัฒนานักเรียนพยาบาลทหารเรือให้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ อารมณ์อัตลักษณ์ความเป็น “นักเรียนพยาบาลทหารเรือ” ที่ไม่เพียงต้องมีความรู้และทักษะทางวิชาการ แต่ยังต้องแสดงออกซึ่ง พฤติกรรมจริยธรรม เช่น ความซื่อสัตย์สุจริต ความรับผิดชอบ การเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย และการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความยุติธรรมและเมตตา เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการ และเป็นกำลังสำคัญของสังคม และกองทัพเรือ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือจึงมีหน้าที่ในการปลูกฝังจริยธรรมให้นักเรียนพยาบาลทหารเรืออย่างรอบด้าน โดยมุ่งหวังให้นักเรียนพยาบาลทหารเรือมีคุณธรรม จริยธรรมเพื่อให้พร้อมที่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพ

ตามความมุ่งหวังของสังคม และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติต่อไปในอนาคต

จากการศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต พบว่าระดับพฤติกรรมจริยธรรมมีความแตกต่างกันตามชั้นปีการศึกษา⁶ และการศึกษาในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้านบรรยากาศการเรียนรู้ และการสนับสนุนจากอาจารย์มีผลกับพฤติกรรมจริยธรรม⁹ ทั้งนี้จากการศึกษาสภาพแวดล้อมทางการเรียนรู้เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่อาจมีผลต่อการคงอยู่ และพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมโดยงานวิจัยเกี่ยวกับการบริหารสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ในวิทยาลัยการอาชีพละงู พบว่า สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้สามารถส่งเสริมการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰ จากงานวิจัยสภาพแวดล้อมในองค์กรที่เอื้อต่อบรรยากาศการเป็นผู้ประกอบการสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการทำงาน แสดงให้เห็นว่าบรรยากาศองค์กรมีผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคลากร¹¹ จากงานวิจัยสภาพแวดล้อมด้านสถานศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมและพบว่าบรรยากาศของมหาวิทยาลัยที่มีจริยธรรมมีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรมที่ขาดจริยธรรมของนักศึกษา¹² จากงานวิจัยสภาพแวดล้อมจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน และสถานศึกษามีความสัมพันธ์ปานกลางกับภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งสะท้อนแนวคิดของทฤษฎีระบบนิเวศ และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม¹³ และงานวิจัยเรื่อง Academic Ethical Awareness and Moral Sensitivity of Under-graduate Nursing Students: Assessment and Influencing Factors โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตระหนักด้านจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลรัฐบาลในประเทศซาอุดีอาระเบีย และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลของจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลดังกล่าว¹⁴



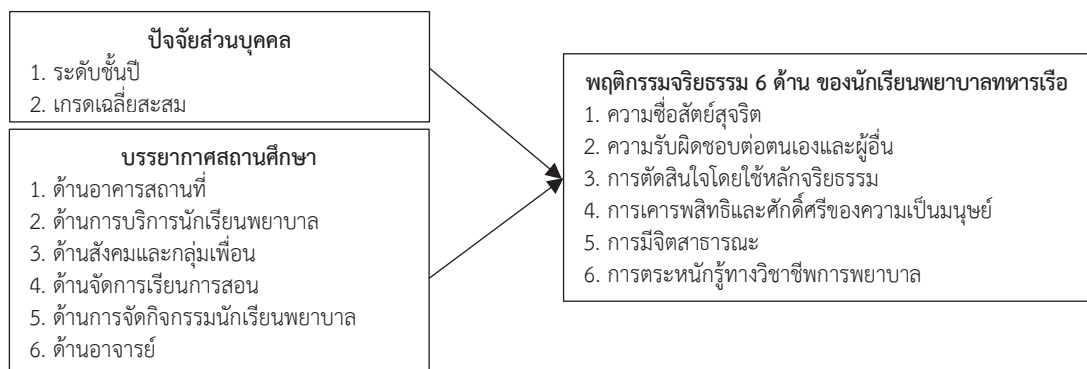
แต่ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ ดังนั้นคณะผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจริยธรรมในนักเรียนพยาบาลทหารเรือ โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณธรรมจริยธรรม และการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่สนับสนุนการเติบโตทางจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ ให้มีความพร้อมทั้งด้านวิชาชีพและคุณลักษณะเฉพาะของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมตามการรับรู้ของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ

สมมติฐานการวิจัย

ระดับชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสมภาคทฤษฎี บรรยากาศสถานศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยพัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจริยธรรม 6 ด้านของนักเรียนพยาบาล ได้แก่ (1) ความซื่อสัตย์สุจริต (2) ความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น (3) การตัดสินใจโดยใช้หลักจริยธรรม (4) การเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (5) การมีจิตสาธารณะ (6) การตระหนักรู้ทางวิชาชีพการพยาบาล⁴ จากการศึกษางานวิจัยของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้านบรรยากาศการเรียนรู้ และการสนับสนุนจากอาจารย์มีผลกับพฤติกรรมจริยธรรม⁹ ทั้งนี้จากการศึกษาสภาพแวดล้อมทางการเรียนรู้เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่อาจมีผลต่อการคงอยู่และพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมโดยงานวิจัยเกี่ยวกับการบริหารสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ในวิทยาลัยการอาชีพละงู พบว่าสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้สามารถส่งเสริมการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰ จากงานวิจัยสภาพแวดล้อมในองค์กรที่เอื้อต่อบรรยากาศการเป็นผู้ประกอบการมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการทำงาน แสดงให้เห็นว่าบรรยากาศองค์กรมีผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคลากร¹ ซึ่งเป็นตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้ ดังแผนภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mixed methods research) โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร คือ นักเรียนพยาบาลทหารเรือ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทย์ทหารเรือ ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2568 จำนวน 239 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Inclusion criteria) นักเรียนพยาบาลทหารเรือ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทย์ทหารเรือ ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2568 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion criteria) ผู้ที่มีการเจ็บป่วย หรือ ได้รับอุบัติเหตุ หรือมีการกิจจำเป็นที่ไม่สามารถ เข้าร่วมการวิจัยได้

เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร หรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal criteria) ผู้เข้าร่วมการวิจัยปฏิเสธหรือขอถอนตัวออกจากการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีการเจ็บป่วยจนต้อง เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และผู้เข้าร่วมการ วิจัยลาออกจากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทย์ทหารเรือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนพยาบาลทหารเรือ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทย์ ทหารเรือ ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย กำหนด ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan ที่ใช้ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับ งานวิจัยแบบไม่ทดลอง โดยกำหนดความแปรปรวน ของตัวแปรเท่ากับความแปรปรวนของตัวแปรทวินาม (Dichotomous) คือ 0.50 และใช้ค่าระดับนัยสำคัญ ที่ .05¹⁵ จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 148 คน จากนั้นคณะผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างของแต่ละ ระดับชั้นปี โดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ชนิดเป็นสัดส่วน (Proportional stratified random sampling) ได้ชั้นปีละ 37 คน และการคัดเลือกแบบ

เฉพาะเจาะจงในการสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน 25 คน ชั้นปีละ 6 คน โดยเพิ่มนักเรียน พยาบาลทหารเรือชั้นปีที่ 4 เป็น 7 คน เนื่องจากเป็น ชั้นปีที่ผ่านการอบรมจริยธรรม และดำเนินชีวิต อยู่ใน วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือมากกว่าชั้นปีอื่นๆ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ของผู้ทำแบบสอบถาม โดยลักษณะของข้อมูลเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ระดับชั้นปี และเกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินบรรยากาศสถานศึกษา ในวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ เป็นแบบวัดที่ คณะผู้วิจัยได้นำเครื่องมือจากแบบสอบถามระดับ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนในวิทยาลัยการ อาชีวศึกษา¹⁰ ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพดีมาก เนื่องจากมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งหมด ได้เท่ากับ 0.93 มีจำนวน 57 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านอาคารสถานที่ จำนวน 9 ข้อ ด้านบริการ นักเรียนพยาบาล จำนวน 10 ข้อ ด้านสังคม และ กลุ่มเพื่อน จำนวน 9 ข้อ ด้านการจัดการเรียนการสอน จำนวน 9 ข้อ ด้านการจัดกิจกรรมนักเรียนพยาบาล จำนวน 10 ข้อ และด้านอาจารย์ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5คะแนน) มีการแปลผลคะแนน ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง บรรยากาศสถานศึกษา อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง บรรยากาศสถานศึกษา อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง บรรยากาศสถานศึกษา อยู่ใน ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง บรรยากาศสถานศึกษา อยู่ในระดับพอใช้ และ ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง บรรยากาศสถานศึกษา อยู่ในระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมจริยธรรม
ของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ วิทยาลัยพยาบาล
กองทัพเรือ ผู้วิจัยขออนุญาตนำแบบสอบถามพฤติกรรม
จริยธรรมดัดแปลงคำถาม⁸ ให้สอดคล้องกับพฤติกรรม
จริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ วิทยาลัย
พยาบาลกองทัพเรือ มีจำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน
ได้แก่ ด้านความซื่อสัตย์สุจริต จำนวน 5 ข้อ ด้านความ
รับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น จำนวน 5 ข้อ ด้านการ
ตัดสินใจโดยใช้หลักจริยธรรม จำนวน 5 ข้อ ด้านการ
เคารพสิทธิ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จำนวน
5 ข้อ ด้านการมีจิตสาธารณะ จำนวน 5 ข้อ ด้านการ
ตระหนักรู้ทางวิชาชีพพยาบาล จำนวน 5 ข้อ ลักษณะ
ของแบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Likert scale)
5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5
คะแนน) มีการแปลผลคะแนน ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00
หมายถึง ระดับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาล
ทหารเรือ อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง
ระดับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ
อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับ
พฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ
อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง
ระดับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ
อยู่ในระดับพอใช้ และค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง
ระดับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาล
ทหารเรือ อยู่ในระดับไม่ดี/ต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปลายเปิด เพื่อศึกษา
ปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียน
พยาบาลทหารเรือ จำนวน 3 ข้อ ที่มีประเด็นเกี่ยวกับ
ปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียน
พยาบาลทหารเรือ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการ
สนทนากลุ่ม มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content
analysis) จากกลุ่มตัวอย่าง 25 คน โดยดำเนินการ
ถอดรหัสข้อมูล (Coding) และจัดหมวดหมู่ข้อมูล
(Categorization) จากข้อมูลในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3
ร่วมกับข้อมูลจากคำถามปลายเปิด เพื่อยืนยันความ

สอดคล้องของข้อมูลและตรวจสอบจนข้อมูลมีความ
อึดตัว ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริม
พฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือที่
มีความครบถ้วน ชัดเจน และน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของ
ผู้ทำแบบสอบถาม แบบประเมินบรรยากาศสถานศึกษา
ในวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ และแบบสอบถาม
พฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 4 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
ผลการตรวจสอบ พบว่า แบบประเมินบรรยากาศ
สถานศึกษา มี IOC เท่ากับ 0.75 - 1.0 แบบสอบถาม
พฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ
มี IOC เท่ากับ 0.75 - 1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่
ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับนักเรียนพยาบาล
ทหารเรือ จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อหา
ความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค ผลการตรวจสอบ พบว่า
แบบประเมินบรรยากาศสถานศึกษา มีค่าความเที่ยง
โดยรวมเท่ากับ 0.98 และแบบสอบถามพฤติกรรม
จริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ มีค่าความ
เที่ยงโดยรวมเท่ากับ 0.93

สำหรับแบบสอบถามปลายเปิด ผู้วิจัยนำ
เครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบ
ความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษา ผลการ
ตรวจสอบ พบว่า ควรปรับปรุงถ้อยคำและภาษาให้มี
ความกระชับ ชัดเจน และสอดคล้องกับปัจจัยที่
ส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ภายหลัง
โครงการผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยแล้ว จึงทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจาก
หน่วยงานที่คณะผู้วิจัยปฏิบัติงานถึงผู้อำนวยการ
วิทยาลัยพยาบาล

2. คณะผู้วิจัยเข้าพบนักเรียนพยาบาล ชั้นปีที่ 1 - 4 ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแจกเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยและพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยและส่งคืนให้แก่คณะผู้วิจัย

3. คณะผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ณ ลานอเนกประสงค์ใต้อาคารหอพักนักเรียนพยาบาล ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม โดยไม่ต้องระบุชื่อ-สกุลในแบบสอบถาม และผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะไม่ตอบข้อคำถามใดๆ หากไม่สะดวกหรือไม่ประสงค์ที่จะตอบ จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองอย่างอิสระ และเมื่อเสร็จสิ้นให้ส่งแบบสอบถามคืนแก่คณะผู้วิจัย โดยใส่ในซองเอกสารสีน้ำตาลที่คณะผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 - 20 นาที

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม โดยแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 ชุด ได้รับกลับคืนครบตามจำนวน 148 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

5. คณะผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ตามความสะดวกของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม โดยดำเนินการสนทนากลุ่ม ณ ห้องเรียน 208 ก่อนเริ่มการสนทนา คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการสนทนา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสามารถแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้อย่างอิสระ โดยขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาเพื่อนำข้อมูลไปถอดความและวิเคราะห์ประเด็น (Theme)

และองค์ประกอบ (Item) ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรม โดยประเด็นการสนทนาสร้างขึ้นจากการสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและคำตอบจากแบบสอบถามปลายเปิด ใช้ระยะเวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 45 - 60 นาที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เอกสารรับรองหมายเลข COA-NMD-REC 035/68 ระยะเวลาการรับรองตั้งแต่ 14 ตุลาคม 2568 - 13 ตุลาคม 2569 กระบวนการเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัย (Recruitment process) ขอเวลาพบนักเรียนพยาบาลทหารเรือ ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจ ไม่มีผลกระทบบต่อผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในการทำวิจัยครั้งนี้ โดยใช้เวลา 20 นาที ที่ห้องเรียนวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ ได้แก่ ระดับชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ และบรรยากาศสถานศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ จำแนกตามรายด้าน รายข้อ และโดยรวม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ จำแนกตามระดับชั้นปี โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - way ANOVA), Shapiro-Wilk test และ Levene test



ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับชั้นปี เกิดเฉลี่ยสะสม บรรยากาศสถานศึกษา กับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ โดยใช้การสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test)

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือจากกรสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือจำแนกตามรายด้าน และโดยรวม (n = 148)

พฤติกรรมจริยธรรม	Mean	SD	การแปลผล
1. ความซื่อสัตย์สุจริต	4.78	0.47	ดีมาก
2. ความรับผิดชอบ	4.78	0.47	ดีมาก
3. การตัดสินใจโดยใช้หลักจริยธรรม	4.67	0.61	ดีมาก
4. การเคารพสิทธิ และศักดิ์ศรีของบุคคล	4.73	0.56	ดีมาก
5. การมีจิตสาธารณะ	4.76	0.56	ดีมาก
6. การตระหนักรู้ทางวิชาชีพการพยาบาล	4.71	0.54	ดีมาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.73	0.54	ดีมาก

จากตารางที่ 1 พฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.73, SD = 0.54) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้าน ความซื่อสัตย์สุจริต (Mean = 4.78, SD = 0.47) จัดอยู่ในระดับดีมาก รองลงมา คือ ด้านความรับผิดชอบ (Mean = 4.78, SD = 0.47) จัดอยู่ในระดับดีมาก และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการตัดสินใจโดยใช้หลักจริยธรรม (Mean = 4.67, SD = 0.61) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับบรรยากาศสถานศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 148)

บรรยากาศสถานศึกษา	Mean	SD	การแปลผล
1. ด้านอาคารสถานที่	3.78	1.01	ดี
2. ด้านบริการนักเรียนพยาบาล	3.89	1.01	ดี
3. ด้านสังคม และกลุ่มเพื่อน	4.18	0.80	ดี
4. ด้านการจัดการเรียนการสอน	4.22	0.80	ดี
5. ด้านการจัดกิจกรรมนักเรียนพยาบาล	4.29	0.50	ดี
6. ด้านอาจารย์	4.43	0.73	ดี
ค่าเฉลี่ยรวม	4.14	0.90	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่า บรรยากาศสถานศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 4.14, SD = 0.90) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านอาจารย์ (Mean = 4.43, SD = 0.73) จัดอยู่ในระดับดี รองลงมา คือ ด้านการจัดกิจกรรมนักเรียนพยาบาล (Mean = 4.29, SD = 0.50) จัดอยู่ในระดับดี และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านอาคารสถานที่ (Mean = 3.78, SD = 1.01) ซึ่งอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างชั้นปีกับระดับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ โดยใช้ สถิติ ทดสอบไคสแควร์

ระดับชั้นปี	ระดับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ				χ^2	p-value
	ปานกลาง-มาก		มากที่สุด			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ชั้นปีที่ 1	6	16.22	31	83.78	3.716	.294
ชั้นปีที่ 2	4	10.81	33	89.19		
ชั้นปีที่ 3	10	27.78	26	72.22		
ชั้นปีที่ 4	8	21.05	30	78.95		
รวม	28	18.92	120	81.08		

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับชั้นปีของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างเกรดเฉลี่ยสะสม กับระดับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ (n = 148)

เกรดเฉลี่ยสะสม	ระดับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ				χ^2	p-value
	ปานกลาง - มาก		มากที่สุด			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ดีมาก	8	17.39	38	82.61	3.234	.199
ดี	19	22.89	64	77.11		
ปานกลาง	1	5.26	18	94.74		
รวม	28	18.92	120	81.08		

จากตารางที่ 4 พบว่า เกรดเฉลี่ยสะสม ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศสถานศึกษา กับระดับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ (n = 148)

บรรยากาศ สถานศึกษา	ระดับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ				χ ²	p-value
	ปานกลาง - มาก		มากที่สุด			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ดีมาก	7	43.75	9	56.25	14.255*	.001
ดี	20	22.22	70	77.78	(Cramer's	
พอใช้-ปานกลาง	1	2.44	40	97.56	V = .311)	
รวม	28	19.05	120	80.95		

* p < .05

จากตารางที่ 5 พบว่า บรรยายาศสสถานศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมจริยธรรมของ นักเรียนพยาบาลทหารเรือ ที่ระดับนัยสำคัญทาง สถิติ .05 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (Cramer's $V = .311$)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรม จริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือจากการ สนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่ม จำนวน 25 คน เพื่อเป็น การทบทวนคำตอบ โดยมีประเด็นดังต่อไปนี้

Theme 1: คุณธรรมพื้นฐานและสัจจะ ทางวิชาชีพ (Core virtues & Professional integrity)

Subtheme 1.1: ความซื่อสัตย์สุจริต (Honesty & Integrity)

นักเรียนพยาบาลเน้นย้ำว่าความซื่อสัตย์ คือ หัวใจของการพยาบาล โดยเฉพาะการบันทึก สัญญาณชีพและการให้ยา หากทำผิดพลาดต้องกล้า รายงานทันทีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย “ถ้าเราลวงตัว สัญญาณชีพเท็จ ผู้ป่วยอาจได้รับอันตราย ถึงเราจะ กลัวโดนอาจารย์ดู แต่ความจริงและความปลอดภัย ของผู้ป่วยต้องมาก่อน เราต้องซื่อสัตย์ต่อสิ่งที่เรา ทำจริงๆ” (ผู้ให้ข้อมูล P04)

Subtheme 1.2: ความรับผิดชอบ (Responsibility)

สะท้อนผ่านการเตรียมตัวก่อนขึ้นฝึก ปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยในเคสรับผิดชอบอย่าง ครอบคลุม การตรงต่อเวลา และการทำงานที่ได้รับ มอบหมายจนสำเร็จ “ความรับผิดชอบคือการส่งเวร ให้ครบถ้วน ตามดูแลเคสเราอย่างดีที่สุด ไม่ใช่แค่ ทำตามหน้าที่ แต่ต้องรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นกับ คนไข้ด้วย” (ผู้ให้ข้อมูล P12)

Theme 2: การปฏิบัติการพยาบาลบนฐาน จริยธรรมและสิทธิมนุษยชน (Ethical practice & Human rights)

Subtheme 2.1: การเคารพสิทธิและ ศักดิ์ศรีของบุคคล (Respect for rights & Human dignity)

การพยาบาลด้วยความเคารพความเป็น มนุษย์ โดยไม่เลือกปฏิบัติตามฐานะ ชาติพันธุ์ หรือ โรคของผู้ป่วย รวมถึงการปกป้องความเป็นส่วนตัว (Confidentiality) และข้อมูลของเปิดเผยผู้ป่วย “เวลาเราจะเช็ดตัวหรือทำแผล สิ่งแรกที่ต้องทำคือ ปิดม่าน บอกกล่าวคนไข้ก่อน ไม่ใช่คิดว่าเขาเป็น ผู้ป่วยแล้วเราจะทำอะไรกับร่างกายเขาก็ได้ เขามี ศักดิ์ศรีเท่าๆกับเรา” (ผู้ให้ข้อมูล P19)

Subtheme 2.2: การตัดสินใจโดยใช้ หลักจริยธรรม (Ethical decision-making)

ความสามารถในการประเมินความขัดแย้ง เชิงจริยธรรม (Ethical dilemmas) เช่น การชั่งน้ำหนัก ระหว่างความหวังดีกับการเคารพการตัดสินใจของ ผู้ป่วย และการปกป้องสิทธิประโยชน์ให้ผู้ป่วย (Patient advocacy) “บางทีญาติไม่ยอมให้บอกความจริงกับ คนไข้ แต่คนไข้อยากรู้ เราต้องคิดหนักมากกว่าจะ ตัดสินใจอย่างไรโดยใช้หลักการพยาบาล เพื่อให้ คนไข้ได้ประโยชน์สูงสุดและสะท้อนใจน้อยที่สุด” (ผู้ให้ข้อมูล P08)

Theme 3: อุดมการณ์และอัตลักษณ์ทาง วิชาชีพ (Professional altruism & Identity)

Subtheme 3.1: การมีจิตสาธารณะ (Public mindedness)

พฤติกรรมการมีความเสียสละ การมี จิตอาสา การช่วยเหลือเพื่อนร่วมชั้นเรียน การดูแล ของส่วนรวม และการพร้อมให้บริการแก่ชุมชนและ สังคมโดยไม่หวังผลตอบแทน “การเห็นงานส่วนรวม แล้วเข้าไปช่วยทันทีโดยไม่ต้องรอให้ใครสั่ง ไม่ว่า จะช่วยเพื่อนเต็มเต็ง ช่วยทำความสะอาดอุปกรณ์ หรือการออกหน่วยจิตอาสา” (ผู้ให้ข้อมูล P22)

Subtheme 3.2: การตระหนักรู้ทางวิชาชีพ การพยาบาล (Nursing professional awareness)

การรับรู้ถึงคุณค่าในวิชาชีพพยาบาล การแสดงออกถึงอัตลักษณ์ พฤติกรรมที่เหมาะสมตาม จรรยาบรรณวิชาชีพ ทั้งในและนอกเวลาปฏิบัติงาน “การตระหนักรู้คือการที่เราระลึกเสมอว่า เราสวมหมวก พยาบาลอยู่ แม้อยู่นอกโรงพยาบาล การกระทำ คำพูด หรือการโพสต์โซเชียลมีเดีย ต้องสะท้อนความ น่าเชื่อถือของวิชาชีพ” (ผู้ให้ข้อมูล P15)

การสนทนาเพื่อให้นักเรียนพยาบาล ระบุ พฤติกรรมจริยธรรมที่มีความสำคัญ และปัจจัย ส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลจาก การประชุมกลุ่ม นำสู่ประเด็นข้อคำถามที่คณะผู้วิจัยได้ จัดเตรียมไว้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรม จริยธรรมของนักเรียนพยาบาล โดยมี 3 ประเด็น ดังนี้

และจากข้อคำถาม ประเด็นที่ 1 นักเรียนฯ คิดว่า พฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาล ทหารเรือ ข้อใดสำคัญที่สุด และเพราะเหตุผลใด ให้อธิบาย

P17 “ความซื่อสัตย์สุจริต เพราะหากนักเรียน พยาบาลไม่มีความซื่อสัตย์ตั้งแต่ตนเอง และผู้อื่น จะทำให้เกิดผลเสียต่อการดูแลผู้ป่วย หากให้ยาผิด หรือ ฉีดยาผิดแล้ว ไม่ยอมรับผิด จะยิ่งทำให้เกิดอันตราย ต่อผู้ป่วยมากขึ้น และถ้าปฏิบัติจนเป็นนิสัย สร้าง ผลเสียต่อคนไข้ และบุคลากรในเวรมาๆ”

P6 “ความซื่อสัตย์สุจริต เป็นพื้นฐานทาง จริยธรรมที่ควรมี โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ หรือ บุคลากรทางการพยาบาล ทำให้การทำงานหากทำผิด จะได้รับการแก้ไขโดยเร็ว”

P10 “การตัดสินใจโดยใช้หลักจริยธรรม หากต้องมีการตัดสินใจในการพยาบาล หรือพูด กระทำ สิ่งใดสิ่งหนึ่งทางการพยาบาล จำเป็นต้อง มีการตัดสินใจโดยใช้หลักจริยธรรม ภายใต้ความ ถูกต้อง สิทธิของผู้ป่วย”

ประเด็นที่ 2 นักเรียนฯ คิดว่า ปัจจัยใดที่มี ความสำคัญในการทำให้เกิดพฤติกรรมจริยธรรม ของนักเรียนพยาบาลมากที่สุด

P25 “อาจารย์ผู้สอนค่ะ อาจารย์เป็น ต้นแบบที่ดีสำหรับนักเรียนทุกคน ทั้งในด้านการ ประพฤติตน คำพูด การกระทำ เป็นสิ่งที่ทำให้นักเรียน อยากได้เป็นแบบอย่าง รองลงมา คือ เรื่องของกิจกรรม ที่เสริมสร้างพฤติกรรมจิตอาสา การจัดการเรียน การสอนภายในห้องเรียน การส่งเสริมให้นักเรียน ร่วมตระหนักถึงพฤติกรรมที่ดี อาทิ ความรับผิดชอบ การตั้งใจเรียน ความซื่อสัตย์”

P22 “ครูพยาบาลค่ะ เพราะครูเป็นต้นแบบ ที่ดีในการเป็นแบบอย่างการปฏิบัติตัวของนักเรียน ทั้งการแต่งกาย คำพูด การสอน ทุกสิ่ง คุณครูหลาย ท่านแสดงถึงความมีน้ำใจ ความเมตตา เราเห็นแล้ว อยากเป็นแบบท่าน โดยเฉพาะในเรื่องของการสอน ให้นักเรียนเป็นคนซื่อสัตย์”

P24 “อาจารย์พยาบาลค่ะ อาจารย์เป็นคน ที่พวกหนูเห็น เรียนรู้ตั้งแต่ต้น การเป็นแบบอย่าง ที่ดี ทำให้พวกเรายกทำตาม อาจารย์หลายคน สอนให้นักเรียนมีความเป็นจิตอาสา ให้ช่วยเหลือ ผู้อื่น ให้มีความรับผิดชอบ หนูเชื่อว่า อาจารย์เป็น แบบอย่างที่ดีสำหรับพวกหนูและ พวกหนู ก็จะทำตาม แบบอย่างที่ดีค่ะ”

ประเด็นที่ 3 สิ่งที่ต้องการเสนอแนะ

P9 “สิ่งที่เป็นสิ่งในการพัฒนาจริยธรรม ของนักเรียนพยาบาล คุณครูเป็นต้นแบบที่ดีมากๆ ทั้งการพูด การเป็นตัวอย่าง การแสดงถึงความช่วยเหลือ นักเรียนเวลาที่มีปัญหา หรือในทุกสถานการณ์”

P3 “เป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับ นักเรียน พยาบาล ในเรื่องของจริยธรรม ที่เห็นเป็นข่าวมากมาย ในปัจจุบัน ทำให้เห็นว่า การเป็นวิชาชีพการพยาบาล ที่ดี พื้นฐานต้องมีจริยธรรมที่ดี ในการดูแลคนไข้ ความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบ ตลอดจนการรู้ถึงหน้าที่ ของตนเอง ว่าสิ่งใดควรทำ และสิ่งใดไม่ควรทำ”

P6 “บรรยากาศสถานศึกษา สำคัญมากๆ ค่ะ ไม่ใช่แค่สภาพแวดล้อม บุคคล เป็นคนสำคัญ ในต้นแบบ หากนักเรียนพยาบาลได้เห็น ครูที่เป็น



ต้นแบบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวนักเรียน
พยาบาลตลอด 4 ปี คุณครู การสอน กิจกรรมที่
ส่งเสริมต่างๆ จะช่วยพัฒนาให้นักเรียนพยาบาล
เติบโตเป็นพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีมาตรฐาน
วิชาชีพ เป็นอย่างดีค่ะ”

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาล
ทหารเรือ โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.73,
SD = 0.54) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านความซื่อสัตย์
สุจริต (Mean = 4.78, SD = 0.47) จัดอยู่ในระดับดีมาก
รองลงมา คือ ด้านความรับผิดชอบ (Mean = 4.78,
SD = 0.47) จัดอยู่ในระดับดีมาก และค่าเฉลี่ยต่ำสุด
คือ ด้านการตัดสินใจโดยใช้หลักจริยธรรม (Mean = 4.67,
SD = 0.61) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก ร่วมกับการวิเคราะห์
เนื้อหาจากการประชุมกลุ่ม พบว่า นักเรียนพยาบาล
ทหารเรือ มองว่า ความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบ เป็น
พฤติกรรมจริยธรรมที่สำคัญ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง
ลักษณะการหล่อหลอมด้านวินัย คุณธรรม และ
จริยธรรมที่เป็นพื้นฐานสำคัญของทั้งวิชาชีพการ
พยาบาลและระบบการทหาร สอดคล้องกับแนวคิด
ของสภาการพยาบาลที่ระบุว่า ความซื่อสัตย์และ
ความรับผิดชอบต่อเป็นคุณลักษณะสำคัญของพยาบาล
วิชาชีพ¹⁶ อย่างไรก็ตามด้านการตัดสินใจโดยใช้หลัก
จริยธรรมมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น
แม้จะยังอยู่ในระดับดีมาก แต่อาจสะท้อนถึงความท้าทาย
ของนักเรียนพยาบาลในการเผชิญสถานการณ์ทาง
จริยธรรมที่ซับซ้อนในบริบทการฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งต้อง
อาศัยประสบการณ์และการฝึกคิดเชิงจริยธรรมอย่าง
เป็นระบบ สอดคล้องกับผลการศึกษเกี่ยวกับการ
ตัดสินใจของนักเรียนพยาบาล ที่พบว่า การตัดสินใจ
เชิงจริยธรรมเป็นทักษะที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่าง
ต่อเนื่องผ่านการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง¹⁷

2. บรรยาการสถานศึกษา มีความสัมพันธ์กับ
ระดับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ

ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์
ในระดับปานกลาง (Cramer's V = .311) แสดงให้เห็นว่า
สภาพแวดล้อมทางการศึกษา เช่น วัฒนธรรมองค์กร
กฎระเบียบ ความยุติธรรม และบรรยากาศการเรียนรู้
มีบทบาทสำคัญต่อการแสดงออกทางจริยธรรมของ
ผู้เรียน สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม¹⁸
ที่อธิบายว่า พฤติกรรมของบุคคลได้รับอิทธิพลจาก
สิ่งแวดล้อมและการเรียนรู้จากแบบอย่าง นอกจากนี้
งานวิจัยในสาขาการพยาบาลยังชี้ให้เห็นว่า บรรยากาศ
ทางจริยธรรมในสถานศึกษาเอื้อต่อการพัฒนาคุณธรรม
และการตัดสินใจอย่างมีจริยธรรมของนักศึกษา
พยาบาล¹⁹ ดังนั้นการจัดบรรยากาศสถานศึกษาที่
ส่งเสริมคุณธรรมและจริยธรรมจึงเป็นปัจจัยสำคัญ
ในการพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาล
และในส่วนของระดับชั้นปี และเกรดเฉลี่ยสะสม
ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมจริยธรรมของ
นักเรียนพยาบาลทหารเรือ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
.05 สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมจริยธรรม
ของนักศึกษา คณะพยาบาลมหาวิทยาลัยรังสิต พบว่า
นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
รังสิต มีพฤติกรรมจริยธรรมในระดับค่อนข้างสูงอยู่
ในระดับเหนือกฎเกณฑ์ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
จริยธรรมโดยรวมของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สูงที่สุด⁹
รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ แต่
ผลทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนรวมโดยรวมไม่
แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญระหว่างชั้นปี (p = .947)
ในรายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อ และทัศนคติ
ที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
เช่น ด้านความรับผิดชอบต่อ ชั้นปีที่ 1 และ 4 มีคะแนน
สูงกว่าชั้นปีที่ 3 ด้านทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ ชั้นปีที่ 1
มีคะแนนสูงกว่าชั้นปีที่ 3 และ 4 และด้านอื่นๆ เช่น
ระเบียบวินัย ความซื่อสัตย์ สุจริต จิตสาธารณะ
เคารพสิทธิ และอื่นๆ ไม่แตกต่างกันระหว่างชั้นปี⁹
และอาจารย์พยาบาลมีส่วนสำคัญทำให้เกิดพฤติกรรม
จริยธรรมทางการพยาบาล

3. อาจารย์พยาบาลผู้เป็นแบบอย่างทางจริยธรรม (Role model) และการจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการคุณธรรมจริยธรรมในรายวิชา เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาล จากการสนทนากลุ่มอาจารย์พยาบาลมีบทบาทเป็นแบบอย่างทางจริยธรรม ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อการเรียนรู้และการเลียนแบบพฤติกรรมของนักเรียน สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า แบบอย่างทางวิชาชีพมีผลต่อการพัฒนาคุณธรรมของผู้เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰ ส่วนการจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการกรณีศึกษาทางจริยธรรมและการสะท้อนคิด ช่วยให้นักเรียนพยาบาลพัฒนาความสามารถในการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจโดยใช้หลักจริยธรรม ร่วมกับการจัดกิจกรรมนักเรียนที่เน้นการทำงานเป็นทีม ความมีวินัย และการรับผิดชอบต่อสังคม ช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านจริยธรรมในมิติของการปฏิบัติจริง สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์²¹ และการประยุกต์สู่การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล การเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลควรกระทำ ทั้งในระดับหลักสูตรปริญญาตรีซึ่งมีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลเข้าสู่วิชาชีพ²²

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยแบบผสมผสาน พบว่า บรรยากาศทางจริยธรรมและแบบอย่างจากอาจารย์พยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025. Geneva: World Health Organization;2021.
2. Jingwei Z, Shuhao L, Xuebei W, Haoxin K, Xinyue Z, Jing L, et al. Factors influencing ethical behavior among Chinese undergraduate nursing students. SAGE Open 2024;14(2):1-10.

พยาบาล ดังนั้นสถาบันการศึกษาควรมุ่งเน้นการเป็นแบบอย่างทางจริยธรรมทั้งในการเรียนการสอนภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ และการใช้ชีวิต และการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม โดยมีการเพิ่มเนื้อหาการคิดแก้ปัญหาทางจริยธรรมในสถานการณ์ที่ผู้สอนร่วมกันออกแบบ ในรายวิชาของทุกชั้นปี โดยเพิ่มระดับการวัดความไวทางจริยธรรม วิธีการตัดสินใจ และแก้ปัญหาในสถานการณ์จริง

2. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนและการจัดกิจกรรมนอกหลักสูตรมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรม จึงควรสนับสนุนกิจกรรมสะท้อนคิดและการอภิปรายกรณีศึกษาทางจริยธรรม หรือทำกิจกรรมจิตอาสาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบ หรือโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมของนักเรียนพยาบาล โดยเน้นเรื่องความซื่อสัตย์ การสร้างจิตสาธารณะสำหรับนักเรียนพยาบาล

2. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังนักเรียนพยาบาลจากสถาบันการศึกษาพยาบาลที่มีความหลากหลายและมีบริบทแตกต่างกัน เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่ครอบคลุมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น



3. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Code of ethics for the nursing and midwifery profession. Nontaburi: Ministry of Public Health 2021. (in Thai).
4. Ministry of Education. Announcement of the Ministry of Education on standards for bachelor's degree qualifications in nursing science, B.E. 2560. Government Gazette 2018 Jan 3;135(Special 1 Ngor):7. (in Thai).
5. Binhosen V, Viitoonmetha N. Factors related to the levels of ethical development among nursing students with clinical experiences. APHEIT Journal of Nursing and Health 2021;3(3):1-19. (in Thai).
6. Viitoonmetha N, Binhosen V, Thianthong W. Ethical behaviors among nursing students, School of Nursing, Rangsit University. Journal of Rangsit University: Teaching & Learning 2022;16(1):83-101. (in Thai).
7. Sueamak W, Keadthong W, Thanaroj S. Behavior of moral and ethical standards under qualification framework for bachelor of nursing science 2017 among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani. Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong 2021;5(2);125-38. (in Thai).
8. Boontep S, Rubama M. The ethical behavior of students in Faculty of Political Sciences, Hatyai University in year 2020 In: Proceedings of the The 12th Hatyai National and International Conference. Songkhla: Hatyai University; 2021. p. 479-95, (in Thai).
9. Yanissorn N, Klommek J, Huangthong M. Selected factors influencing nursing students' ethical behaviors according to the Thai Qualifications Framework (TQF) in a private university in Bangkok. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2020;32(1):13-23. (in Thai).
10. Sapphajak, S. Learning environment management to promote student learning at La-ngu Industrial and Community Education College. [Research Report]. La-ngu Industrial and Community Education College; 2022. (in Thai).
11. Sungkhawan J. The relationship between corporate entrepreneurship and job satisfaction. Journal of Public and Private Management 2011;18(1):43-73. (in Thai).
12. Hirannapat M, Panyindee J. The study relationship among university environment xteacher role model and ethical behavior of students in Faculty of Management Sciences at Nakhon Pathom Rajabhat University. Journal of the Association of Private Higher Education Institutions of Thailand 2016;22(1):87-95. (in Thai).
13. Korcharit F, Chumponpong N, Pommala W. Factors related to ethical leadership of nursing students at a private institution in Pathum Thani Province. APHEIT Journal of Nursing and Health 2025;7(1):e3612. (in Thai).
14. Alnajjar HA, Abou EA. Academic ethical awareness and moral sensitivity of undergraduate nursing students: assessment and influencing factors. SAGE Open Nursing 2021;7.



15. Thato R. Nursing research: concepts to application. 8th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2024. (in Thai).
16. Thailand Nursing and Midwifery Council. Regulations of the Thailand Nursing and Midwifery Council on the code of ethics of the nursing and midwifery profession. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2018. (in Thai).
17. Numminen O, van der Arend A, Leino-Kilpi H. Nurse educators' and nursing students' perspectives on teaching codes of ethics. *Nurs Ethics* 2009;16(1):69-82.
18. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall;1986.
19. Lutzen K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nurs Ethics* 2006;13(2):187-96.
20. Felstead I. Role modelling and students' professional development. *Br J Nurs* 2013;22(4):223-7.
21. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984.
22. Indhrraratana A. Ethical sensitivity: concepts and application for teaching in nursing *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014;15(2):141-7. (in Thai).

การประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ Application of Lifestyle Medicine in the Care of Patients with Obesity: A Case Study at Somdech PhraPinklao Hospital, Naval Medical Department

แพ้งรำ ยงเจริญ

Pangrum Yongcharoen

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรุงเทพมหานคร

Somdech Phrapinklao Hospital, Bangkok

Corresponding Author: lettertopangrum@gmail.com

บทคัดย่อ

โรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจเพิ่มขึ้นตามไปด้วย แนวทางการรักษาโรคอ้วนแบบดั้งเดิมซึ่งมุ่งเน้นการใช้ยาและการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักมักให้ผลในระยะสั้นและขาดความยั่งยืน เวชศาสตร์วิถีชีวิตจึงเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมที่ดี

บทความนี้นำเสนอการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ โดยอธิบายแนวทางการดำเนินงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ การให้คำปรึกษาแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการติดตามผลต่อเนื่อง พบว่า การบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักได้อย่างปลอดภัย มีความพึงพอใจในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถนำไปเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงป้องกันในหน่วยงานกองทัพเรือต่อไป

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต โรคอ้วน การดูแลผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ

Abstract

Obesity is a persistent public health problem with a continuously increasing trend, leading to a corresponding rise in the prevalence of non-communicable diseases (NCDs) such as type 2 diabetes, hypertension, and heart disease. Traditional approaches to obesity treatment, which focus on pharmacological and surgical interventions for weight loss, often yield short-term results and lack sustainability. Lifestyle Medicine (LM) therefore offers a holistic healthcare

Received: July 24, 2025; Revised: December 22, 2025; Accepted: December 23, 2025

approach focused on modifying key health behaviors, including nutrition, physical activity, sleep, stress management, avoidance of risky behaviors, and fostering healthy social relationships.

This article presents the application of Lifestyle Medicine in the care of obese patients at Somdech PhraPinklao Hospital, Naval Medical Department. It details the operational guidelines of the multidisciplinary team, the provision of behavioral counseling, and continuous follow-up. The integration of Lifestyle Medicine was found to enable patients to achieve safe weight loss, increase satisfaction with self-care, and improve their quality of life, and can serve as a model for the development of preventive health services within the Royal Thai Navy.

Keywords: lifestyle medicine, obesity, patient care, multidisciplinary team

บทนำ

ในประเทศไทย โรคอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถทางเศรษฐกิจของประชาชน เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือที่พบผู้ป่วยโรคอ้วนจำนวนมากประสบปัญหาดังกล่าว แม้ว่าการรักษาโรคอ้วนจะมีความสำคัญระดับสูง แต่ผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจยังคงเป็นความท้าทายที่ต้องได้รับการจัดการอย่างครบวงจร แนวทางการรักษาโรคอ้วนในปัจจุบันเน้นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และในบางกรณีใช้การผ่าตัดลดน้ำหนัก อย่างไรก็ตามการรักษามักมีข้อจำกัด เช่น การรักษาไม่ได้ครอบคลุมปัจจัยทางจิตใจ สังคม และพฤติกรรมระยะยาว ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้อย่างยั่งยืน และบางครั้งขาดการสนับสนุนที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต

เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแนวคิดใหม่ที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและวิถีชีวิตโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีการผสมองค์ความรู้ทางการแพทย์ การให้บริการสุขภาพ และปัจจัยสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันและรักษาโรคอย่างครบวงจร แนวทางนี้เหมาะสมอย่างยิ่งกับผู้ป่วยโรคอ้วน เพราะมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหาร การออกกำลังกาย

การจัดการความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงโรคแทรกซ้อน และปรับปรุงคุณภาพชีวิตโดยรวม

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอภาพรวมสถานการณ์โรคอ้วนในบริบทของประเทศไทยและโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ชี้ให้เห็นข้อจำกัดในการรักษาแบบเดิม และแนะนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นทางเลือกใหม่ที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งนำเสนอตัวอย่างในการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจวิธีการดูแลรักษาที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น และเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพื่อการรักษาโรคอ้วนอย่างยั่งยืน

โรคอ้วนคืออะไร

โรคอ้วน (Obesity)¹⁻² หมายถึง ภาวะที่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ปกติในแต่ละส่วนสูง โดยสาเหตุหลักมาจากการสะสมไขมันในร่างกายมากเกินไปจนส่งผลเสียต่อสุขภาพ ตามคำจำกัดความจาก Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines โรคอ้วนเป็นโรคเรื้อรังที่มีไขมันสะสมผิดปกติซึ่งเพิ่มความเสี่ยงโรคเรื้อรังและลดอายุขัย มีองค์กรระดับโลกหลายแห่ง เช่น World Obesity, European Association for the Study of Obesity



(EASO), American Medical Association (AMA) ที่ให้คำนิยามในลักษณะเดียวกัน

โดยทั่วไปการวินิจฉัยโรคอ้วนมักนิยมใช้ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ซึ่งคำนวณจากน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (เมตร) ยกกำลังสอง โดยใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนทั้งในระดับประชากร และใน

ผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตามการประเมินภาวะโรคอ้วนมิได้อาศัยค่า BMI เพียงอย่างเดียว โดยบุคลากรทางการแพทย์มักใช้ BMI เป็นเครื่องมือเบื้องต้นในการคัดกรอง และประกอบการพิจารณาทางคลินิก ร่วมกับการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เมื่อพบว่าน้ำหนักตัวของผู้ป่วยสูงกว่าค่ามาตรฐานที่เหมาะสมกับส่วนสูง

Classification	BMI (kg/m ²)		
	International classification ¹	Asian population ²	Japanese guidelines ³
Underweight	<18.5		
Normal range	≥18.5 and <25	≥18 and <23	≥18.5 - <25
Pre-obesity*	≥25 and <30	≥23 and <25	
Obesity	≥30	>25	
Obesity class I	≥30 and <35		≥25 and <30
Obesity class II	≥35 and <40		≥30 and <35
Obesity class III	≥40		≥35 and <40
Obesity class IV			≥40

แผนภาพที่ 1 Classification of obesity³⁻⁵

ผลกระทบของโรคอ้วน

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) หลายชนิด โดยภาวะดังกล่าวเกิดจากหลายปัจจัย⁶⁻⁷ ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetics) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ปัจจัยทางจิตวิทยา (Psychological factors) ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine disorders) การใช้ยาบางชนิด (Medications) ความไม่สมดุลของจุลินทรีย์ในลำไส้ (Gut microbiota) รวมถึงปัจจัยอื่นๆ โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากทุกสาเหตุ (All-cause mortality) และเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคและภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด อันเป็นผลจากภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes)

ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) กลุ่มอาการเมตาบอลิก (Metabolic syndrome) โรคตับไขมัน (Fatty liver disease) ที่อาจลุกลามไปสู่ตับอักเสบและตับแข็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคของถุงน้ำดีและตับอ่อน รวมถึงโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์และนรีเวช เช่น ภาวะมีบุตรยาก ปัญหาระหว่างตั้งครรภ์ และการแท้งบุตร ตลอดจนส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพทางเพศ ในด้านระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) และโรคเกาต์ (Gout) จากการรับน้ำหนักที่มากเกินไปและการอักเสบเรื้อรัง อีกทั้งยังสัมพันธ์กับภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea) และความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งหลายชนิด ส่งผลให้เกิดอาการปวด ความบกพร่องในการเคลื่อนไหว และคุณภาพชีวิตที่ลดลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อความผิดปกติทางสุขภาพจิต

เช่น ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ดังนั้นการป้องกัน การคัดกรอง และการจัดการโรคอ้วนอย่างเหมาะสมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว

ข้อมูลจากเว็บไซต์ของสหพันธ์โรคอ้วนโลก (World Obesity Federation) ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรที่มีพันธกิจในการลด ป้องกัน และรักษาโรคอ้วนทั่วโลก รวมทั้งเป็นแหล่งข้อมูลและทรัพยากรสำคัญสำหรับผู้กำหนดนโยบาย บุคลากรด้านสุขภาพ ผู้ป่วย และองค์กรที่เกี่ยวข้อง สะท้อนให้เห็นว่า โรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่กำลังทวีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโลกอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2060 ภาระทางเศรษฐกิจที่เกิดจากโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินจะมีมูลค่าคิดเป็นร้อยละ 3.3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ซึ่งสะท้อนถึงการสูญเสียผลผลิตทางเศรษฐกิจในระดับมหาศาล และเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรคอ้วนอย่างจริงจังในทุกระดับ⁸

สถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยข้อมูลสถานการณ์ในภาพรวมพบว่า ประชากรไทยเกือบครึ่งหนึ่งเผชิญกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รายงานล่าสุดระบุว่าความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและ

โรคอ้วนในประชากรไทยรวมกันอยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 40 - 48.35 นอกจากนี้ประเทศไทยยังจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคอ้วนสูงเป็นอันดับต้นๆ ของภูมิภาคเอเชียโดยอยู่ในอันดับที่ 2 ของภูมิภาค สำหรับแนวโน้มในเด็ก พบว่า โรคอ้วนในเด็กเป็นปัญหาที่น่ากังวลและได้รับการจัดให้เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับชาติ โดยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนประมาณร้อยละ 8.98 ขณะที่เด็กและวัยรุ่นอายุ 6 - 18 ปี มีความชุกอยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 13.68 - 13.72 สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็กและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต^{6,9}

สำหรับสถานการณ์โรคอ้วนของกำลังพลกองทัพอากาศ จะเห็นได้ว่าข้อมูลเฉพาะส่วนของกำลังพลกองทัพอากาศ มีสถิติเป็นโรคอ้วนสูงขึ้นทุกปี นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 มียอดกำลังพลที่เป็นโรคอ้วน 51 นาย ปี พ.ศ. 2567 พบว่า ยอดกำลังพลเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นเป็น 166 นาย ซึ่งสูงขึ้นจากเดิมถึง 3 เท่า ในขณะที่กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ แม้จะมีแนวโน้มจำนวนยอดสูงขึ้นทุกปีเช่นกัน แต่ยังไม่สูงขึ้นหลายเท่าอย่างเด่นชัดเทียบเท่ากับโรคอ้วน ได้แก่ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง¹⁰ ดังแผนภาพที่ 2

สถิติ NCDs 5 อันดับแรก บก.		Obesity	DM	HT	Other endocrine, nutrition and metabolic disorders	Acute MI
ปี 2565	รวมยอด	356	31,801	20,781	12,042	320
• กำลังพล พร.		51	2676	2044	2507	24
• ครอบครัว พร.		31	3704	2765	1547	14
• ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ พร.		8	3495	2019	2051	16
• บุคลากรนอก พร.		266	21726	13953	5937	266
ปี 2566	รวมยอด	664	32,809	22,377	13,340	288
• กำลังพล พร.		120	2671	2239	2905	28
• ครอบครัว พร.		65	3731	2766	1746	14
• ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ พร.		15	3650	2097	2243	19
• บุคลากรนอก พร.		464	22757	15275	6456	217
ปี 2567	รวมยอด	765	32,734	24,051	14,305	246
• กำลังพล พร.		166	2785	2485	3482	12
• ครอบครัว พร.		68	3673	2977	1791	12
• ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ พร.		19	3634	2354	2276	15
• บุคลากรนอก พร.		512	22644	16235	6756	207

แผนภาพที่ 2 สถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มประชากรของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตั้งแต่ พ.ศ. 2565 - 2567¹⁰

แนวทางการรักษาโรคอ้วน

แนวทางการรักษาในปัจจุบันประกอบด้วยหลายวิธี ถึงแม้การรักษาดังกล่าวจะสามารถรักษาโรคอ้วนได้ แต่อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าวยังมีข้อจำกัดเนื่องจากเห็นผลระยะสั้น ขาดความยั่งยืน ขาดการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ ขาดความเป็นองค์รวม ขาดการสนับสนุน และมุ่งเน้นการพึ่งพามายนอกเป็นส่วนใหญ่ เพื่อลดข้อจำกัดและช่องว่างดังกล่าว จึงมีการนำเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle medicine) มาใช้เป็นแนวทางการรักษาโรคอ้วน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อจำกัดด้านการรักษาโรคอ้วน

แนวทางการรักษาหลัก	รายละเอียด	ข้อจำกัดสำคัญ
1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (แบบดั้งเดิม)	การให้คำแนะนำทั่วไปเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย โดยเน้นการจำกัดแคลอรีและเพิ่มกิจกรรมทางกาย	ขาดความยั่งยืน: ขาดการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง ขาดความเข้าใจถึงปัจจัยทางจิตวิทยา การนอนหลับ และความเครียด ที่เป็นสาเหตุหลักของการกลับมาอ้วนซ้ำ (Yo-yo effect)
2. การใช้ยา	การใช้ยากลุ่มที่ช่วยลดความอยากอาหารหรือลดการดูดซึมไขมัน (เช่น Liraglutide, Semaglutide, Orlistat)	ผลในระยะสั้น/ผลข้างเคียง: มักต้องใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อคงน้ำหนักไว้ หากหยุดยาอาจกลับมาอ้วนได้ง่าย มีค่าใช้จ่ายสูง และอาจมีผลข้างเคียงทางสุขภาพ
3. การผ่าตัดลดความอ้วน (Bariatric surgery)	การผ่าตัดเพื่อลดขนาดกระเพาะอาหารหรือเปลี่ยนทางเดินอาหาร (เช่น Sleeve gastrectomy, Gastric bypass)	ความเสี่ยงและความซับซ้อน: เป็นการรักษาระดับสุดท้ายที่มีความเสี่ยงจากการผ่าตัด ต้องมีการเตรียมตัวและติดตามผลอย่างใกล้ชิด มีค่าใช้จ่ายสูง และต้องมีการปรับพฤติกรรมหลังผ่าตัดอย่างเคร่งครัด

ช่องว่างที่สำคัญที่สุดของการรักษาแบบเดิม คือ การมุ่งเน้นที่ อาการ (Symptom) คือ “น้ำหนักที่เกิน” มากกว่าการมุ่งเน้นที่ รากเหง้าของปัญหา (Root cause) ซึ่งก็คือ “พฤติกรรมวิถีชีวิต” ที่ไม่เหมาะสม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาโรคอ้วนที่ผ่านมา

ช่องว่างของการดูแลแบบดั้งเดิม	คำอธิบาย
ขาดการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ	ไม่ได้จัดการกับพฤติกรรมวิถีชีวิตที่ก่อให้เกิดโรคอ้วนอย่างแท้จริง ไม่มีการแก้ปัญหาสำหรับปัญหาระยะยาว เช่น โภชนาการที่ไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย ความเครียดสะสม การนอนไม่ได้คุณภาพ เป็นต้น
ขาดความเป็นองค์รวม	มักเน้นแค่อาหาร และการออกกำลังกาย แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อสาเหตุปัจจัยอื่นร่วม เช่น คุณภาพการนอนหลับ และการจัดการความเครียด รวมถึงการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติด และปัญหาด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
ขาดการสนับสนุน	การให้คำปรึกษาจำกัด เนื่องจากแพทย์หลายสาขาเฉพาะทางไม่สามารถให้เวลากับผู้ป่วยต่อรายได้ มากพอเนื่องจากปริมาณผู้ป่วยมากเกินไป ไม่มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่ครบวงจรทำให้ผู้ป่วยขาดเครื่องมือและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว (Lifestyle modification)
เน้นการพึ่งพามายนอก	ผู้ป่วยพึ่งพาการใช้ยา หรือการผ่าตัดเป็นหลัก ส่งผลให้ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ในการดูแลสุขภาพ

เวชศาสตร์วิถีชีวิต

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine: LM) เป็นศาสตร์ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันถึงประโยชน์ต่อการมีสุขภาพและได้รับการยอมรับว่าสามารถจัดการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นเวชปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างครอบคลุม โดยหลักการสำคัญของ LM ประกอบด้วย 6 เสาหลัก^{9,11} ได้แก่

1. โภชนาการ (Nutrition) มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์อย่างกว้างขวางที่สนับสนุนการรับประทานอาหารที่เน้นพืชเป็นหลักและผ่านการแปรรูปน้อยว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังและเมื่อใช้ในระดับที่เหมาะสมเชิงบำบัด สามารถช่วยชะลอหรือย้อนกลับการดำเนินของโรคเรื้อรังได้ อาหารประเภทนี้มีความหนาแน่นของสารอาหารสูงอุดมไปด้วยใยอาหารและสารต้านอนุมูลอิสระ โดยประกอบด้วย ผัก ผลไม้ ธัญพืชเต็มเมล็ด ถั่ว เมล็ดพืช และถั่วเปลือกแข็งที่ผ่านการแปรรูปน้อยที่สุดหลากหลายชนิด

2. การออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity and exercise) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องช่วยต่อต้านผลกระทบเชิงลบจากพฤติกรรมอยู่ประจำ (นั่งนิ่งนานๆ) การมีกิจกรรมทางกายทั่วไปและการออกกำลังกายที่มีจุดมุ่งหมายเป็นประจำทุกสัปดาห์ ช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิต สุขภาพโดยรวม และความแข็งแรงในการฟื้นตัว

3. การจัดการความเครียด (Stress management) ความเครียดในระดับที่เหมาะสมอาจช่วยส่งเสริมสุขภาพและประสิทธิภาพการทำงานได้ แต่ถ้าเกินพอดีอาจนำไปสู่ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า โรคอ้วน ระบบภูมิคุ้มกันทำงานผิดปกติ และปัญหาอื่นๆ การช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการ

ตอบสนองต่อความเครียดในทางลบ และสามารถระบุวิธีรับมือและเทคนิคการลดความเครียด จะช่วยส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

4. การนอนหลับที่มีคุณภาพ (Good sleep quality) การนอนหลับไม่เพียงพอทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ความสามารถในการจดจ่อที่ลดลง การเข้าถึงลดลง อารมณ์ซึมเศร้า การเผาผลาญพลังงานในช่วงกลางวันลดลง ความหิวเพิ่มขึ้น ความรู้สึกอึดอัดลง ภาวะดื้อต่ออินซูลิน และประสิทธิภาพการทำงานลดลง การนอนหลับ 7 - 9 ชั่วโมงต่อคืนเกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ดีที่สุด ส่วนการนอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงหรือมากกว่า 9 ชั่วโมงเกี่ยวข้องกับอัตราการใช้ชีวิตที่เพิ่มขึ้น

5. การงด (ลด เลิก) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ สารเสพติด ให้อาหาร ฯลฯ (Risky substances) การใช้ยาสูบและการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังและการเสียชีวิต โดยมีผลกระทบในทำนองเดียวกันจากการใช้ไอพ่นและสารเสพติดเพื่อความบันเทิง การรักษาต้องใช้เวลา ต้องใช้วิธีการที่หลากหลายและความพยายามหลายครั้ง โดยความอดทนและการสนับสนุนเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเลิกนิสัยเสี่ยงเหล่านี้

6. การมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกในสังคมและในครอบครัว (Social relationship and connection) การมีความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงทางสังคมที่ดีส่งผลต่อสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ การใช้ประโยชน์จากพลังของความสัมพันธ์และเครือข่ายสังคมสามารถช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพได้

เวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้ามาเติมเต็มช่องว่างของการดูแลแบบเดิมผ่านการมุ่งเน้น 6 เสาหลักดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 6 เสาหลักด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการประยุกต์ใช้กับโรคอ้วน

6 Pillars of LM	LM เข้ามาเติมเต็มช่องว่างได้อย่างไร
Nutrition	เน้นให้ความรู้ด้านโภชนาการเชิงลึก โดยการปรับอาหารให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล มากกว่าการจำกัดพลังงานเพียงอย่างเดียว (Calories deficit)
Physical activity and exercise	ออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับระดับความสามารถและสภาพร่างกายเพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอและยั่งยืนในการออกกำลังกาย
Good sleep quality	จัดการปัญหาการนอนหลับ เช่น ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ซึ่งอาจส่งผลต่อการทำงานของฮอร์โมนที่ควบคุมความหิวและความอิ่ม (Ghrelin และ Leptin)
Stress management	สอนเทคนิคการจัดการความเครียดและการผ่อนคลาย เช่น การฝึกสติ (Mindfulness) เพื่อช่วยลดความเครียดและระดับคอร์ติซอล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสะสมไขมันในช่องท้อง (Visceral fat)
Risky substances	ให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่และลดแอลกอฮอล์ ซึ่งส่งผลเสียต่อการเผาผลาญและน้ำหนักตัว
Social relationship and connection	สร้างระบบการสนับสนุนทางสังคมที่ดี (ทีมสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มผู้ป่วย) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจในการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน

ความสำคัญของเวชศาสตร์วิถีชีวิตมีแนวทางการดูแลสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเน้นความสำคัญของการดูแลเฉพาะบุคคล การตัดสินใจร่วมกัน และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหรือประชาชนบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ เป็นศาสตร์ที่เน้นการทำงานแบบสหวิทยาการที่รวบรวมสาขาวิชาต่างๆ รวมถึงโภชนาการ สรีรวิทยา การออกกำลังกาย จิตวิทยา และสาธารณสุข โดยรัฐ หรือหน่วยงานต่างๆ จัดให้มีกิจกรรมหรือเปิดโอกาสให้มีการทำกิจกรรมร่วมกันให้มากขึ้น¹²⁻¹³

ประโยชน์ของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

เวชศาสตร์วิถีชีวิต เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นการป้องกัน รักษา และชะลอการดำเนินของโรคเรื้อรังผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยสามารถสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายหลัก 6 ประการของระบบสุขภาพ (Lifestyle medicine achieves the quintuple aim) ดังนี้

1. เพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน โดยช่วยลดความเสี่ยงและลดภาระของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นและมีอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น

2. ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผ่านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายสม่ำเสมอ การนอนหลับอย่างเพียงพอ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี

3. ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล โดยการลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดความจำเป็นในการใช้ยา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

4. เพิ่มผลลัพธ์การรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยมุ่งแก้ไขสาเหตุของปัญหาสุขภาพมากกว่าการรักษาตามอาการ ส่งผลให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในการรักษาดีขึ้น

5. เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ด้วยการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการตัดสินใจร่วมกัน ส่งเสริมความร่วมมือ ความไว้วางใจ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง

6. ส่งเสริมความผาสุกของบุคลากรทางสุขภาพ โดยสนับสนุนให้บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ลดความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) ส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

นอกจากนี้ เวชศาสตร์วิถีชีวิตยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายชนิด ได้แก่ การลดระดับความดันโลหิต การปรับระดับไขมันในเลือด การลดดัชนีมวลกาย และการลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตและลดอาการซึมเศร้า อีกทั้งยังมีหลักฐานว่าสามารถทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Artery Disease: CAD) ชะลอหรือเกิดการฟื้นฟูกลับของพยาธิสภาพ ทำให้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่ภาวะสงบของโรค ช่วยรักษาโรคตับไขมันที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของเมแทบอลิซึม (Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease: MASLD) ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ โรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และมะเร็งบางชนิด

ความแตกต่างของเวชศาสตร์วิถีชีวิตกับการรักษาแบบดั้งเดิม

จุดเด่นของเวชศาสตร์วิถีชีวิต^{9,14} ที่แตกต่างจากแนวทางการรักษาแบบดั้งเดิม คือ การมุ่งแก้ไขสาเหตุของโรคผ่านการปรับเปลี่ยนปัจจัยด้านวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ โดยอาศัยการบูรณาการองค์ความรู้จากหลากหลายสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลรักษาและปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ทั้งนี้แนวทางดังกล่าวมุ่งลดการพึ่งพาการใช้ยาที่ไม่จำเป็น ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและมีความสุขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งการดำเนินงานของเวชศาสตร์วิถีชีวิตอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เช่น นักโภชนาการร่วมวางแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับความ

ต้องการและกิจกรรมในแต่ละวัน นักกายภาพบำบัดหรือผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายให้คำแนะนำด้านการออกกำลังกายอย่างปลอดภัยและเหมาะสม ตลอดจนการประยุกต์ใช้การแพทย์ทางเลือก (Alternative medicine) เพื่อช่วยส่งเสริมการจัดการความเครียด เช่น การฝึกชี่กง การนั่งสมาธิ และการเดินลมปราณ ควบคู่กับการส่งเสริมการนอนหลับที่เพียงพอ การควบคุมน้ำหนัก และการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด

แม้ว่าแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตทั้ง 6 สาขาหลัก จะได้รับการยอมรับว่ามีประโยชน์อย่างมากต่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางปฏิบัติยังคงเผชิญกับอุปสรรคหลายประการ เช่น ความเคยชินของพฤติกรรมเดิม ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ข้อจำกัดด้านเวลา สิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมถึงปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นจึงมีการพัฒนาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระบุและจัดการกับอุปสรรคเหล่านี้ได้อย่างเป็นระบบ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

การดูแลสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นการดูแลแบบบูรณาการที่มุ่งเน้นการป้องกันโรค โดยผสานองค์ความรู้ด้านการแพทย์ การบริการสุขภาพ นโยบายสาธารณสุข และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคในระยะยาว

ก่อนเริ่มกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ให้บริการจะประเมินระดับความพร้อมของผู้รับบริการตามแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) โดยใช้



การให้คำปรึกษาแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-centered counseling) เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และสนับสนุนให้ผู้รับบริการก้าวผ่าน 5 ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change) ได้อย่างเหมาะสม¹⁵⁻¹⁷ ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการติดตามอย่างสม่ำเสมอระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine Clinic: LMC) ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิต รวมถึงสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตทั้ง 6 สาขาหลักดังกล่าวข้างต้น มีดังนี้

บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิต มีบทบาทในการป้องกัน การจัดการ และการรักษาโรคเรื้อรัง โดยใช้การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลรักษา ครอบคลุมการประเมินสุขภาพ (Assessment) การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) การติดตามและประเมินผลการรักษา (Monitoring) การสั่งการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Prescribing lifestyle interventions) การให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Education) การสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Motivation and support) ตลอดจนการบริหารจัดการการใช้ยาอย่างเหมาะสม (Medication management) และการพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพ (Advocacy)^{9,18} **พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ** มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยให้ความรู้และคำปรึกษาเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพของตนเองผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต ประเมินและติดตามสถานะสุขภาพของผู้ป่วย ประสานงานการดูแลร่วมกับทีมเวชศาสตร์วิถีชีวิต รวมทั้งส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลและการปฏิบัติตามแผนการรักษา **นักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการ** มีบทบาทในการประเมินภาวะโภชนาการ ให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ และจัดทำแผนการรับประทานอาหารเฉพาะบุคคลที่เหมาะสม

กับภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว และความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง **นักกายภาพบำบัดหรือผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย** มีบทบาทในการประเมินสมรรถภาพทางกาย ออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ โดยปรับให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ระดับสมรรถภาพทางกาย และเป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งให้คำแนะนำ สาธิต และฝึกทักษะการออกกำลังกายที่ถูกต้อง รวมถึงติดตามและปรับแผนการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย **ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต** มีบทบาทในการประเมินสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งให้คำปรึกษาและการสนับสนุนด้านจิตสังคม เพื่อช่วยจัดการกับภาวะความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ตลอดจนส่งเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม **โคชสุขภาพ** มีบทบาทในการให้ความรู้ สนับสนุน และสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยตลอดกระบวนการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยช่วยกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพ วางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ติดตามความก้าวหน้า ให้กำลังใจ และช่วยแก้ไขอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ **นักสังคมสงเคราะห์** มีบทบาทในการประเมินปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม จัดการอุปสรรคด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประสานทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม **นักสุขศึกษา** มีบทบาทในการให้ความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต พัฒนาสื่อและกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน **นักกิจกรรมบำบัด** มีบทบาทในการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน วางแผนกิจกรรมบำบัดเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต รวมทั้งสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง

แนวทางการดูแลกำลังพล กองทัพเรือที่เป็นโรคอ้วน

การดำเนินการดูแลสุขภาพกำลังพลทหารเรือที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ผู้บังคับบัญชาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการรณรงค์สนับสนุนกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นลำดับแรก และพิจารณาสนับสนุนให้กำลังพลใช้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่าย หรือมีส่วนลดค่าใช้จ่ายตามความเหมาะสม ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการกระตุ้นให้กำลังพลออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ¹⁹ การส่งเสริมให้ตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 - 2 ครั้ง และการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพอื่นๆ รวมถึงมีการจัด “โครงการลดพุงลดโรค” อย่างต่อเนื่องทุกปี เป็นโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกของกรมแพทย์ทหารเรือ มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมสุขภาพกำลังพลในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑลให้มีสุขภาพที่ดี ลดความเสี่ยงจากโรคอ้วนและโรคที่เกี่ยวข้อง โดยโครงการนี้มีการดำเนินงานทั้งในส่วนของการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการประเมินผล

ตัวอย่างกิจกรรม ได้แก่ ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคอ้วนและผลกระทบต่อสุขภาพ แนะนำแนวทางการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง กระตุ้นและส่งเสริมการออกกำลังกายและการเพิ่มกิจกรรมทางกาย ประเมินผลและติดตามความคืบหน้าของโครงการ

อย่างไรก็ตามจากข้อมูลผลการตรวจสุขภาพของกำลังพลทหารเรือ ครอบครัวทหารเรือ และผู้ป่วยพลเรือน พบว่า ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยเฉพาะภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม² ตามแผนภาพที่ 1) ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะอ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นตามมา ทั้งนี้การไม่ประสบผลสำเร็จในการลดน้ำหนักหรือร้อยละไขมันในร่างกายของกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวอาจเกิดจากหลายปัจจัย ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาเชิงลึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม

ในภาพรวมสามารถพิจารณาปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องได้ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคและวิถีชีวิต กำลังพลที่มีอายุมากมักประสบปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ล้นเกิน และการทำงานที่ทำให้ลืมหอกำลังกาย รูปแบบการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง ขาดใยอาหาร และการรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ควบคุมน้ำหนักได้ยาก

2. ขาดเวลาและโอกาสในการออกกำลังกาย ภาระงานที่มากและตารางเวลาที่ยุ่งยาก ทำให้กำลังพลไม่มีเวลาหรือโอกาสในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

3. ปัจจัยทางจิตใจและสังคม ความเครียดจากภาวะเศรษฐกิจ รายได้ไม่เพียงพอ และภาวะหนี้สิน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การกินมากขึ้นเพื่อคลายเครียด ส่งผลโดยตรงต่อชีวิตและจิตใจ ทำให้ขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ

4. ปัจจัยส่วนบุคคลและชีวภาพ โรคประจำตัวอื่นๆ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ ที่มีอยู่เดิม ปัจจัยทางพันธุกรรม อัตราเมแทบอลิซึมพื้นฐาน รวมถึงความแตกต่างในการตอบสนองต่ออาหาร ทำให้บางคนลดน้ำหนักได้ยากกว่าคนอื่น

5. ระบบสนับสนุนและสิ่งแวดล้อม แม้จะมีโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การสร้างสรวายน้ำและจัดกิจกรรมออกกำลังกาย แต่หากขาดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องหรือขาดแรงจูงใจ ก็อาจไม่ได้ผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

6. ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ เศรษฐฐานะทางสังคมที่ไม่มั่นคงและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอ เป็นอุปสรรคสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

“เงื่อนไขสำคัญของการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน คือ พฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการใช้พลังงาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับหลากหลายปัจจัยที่สลับซับซ้อน... ในขณะที่ปัจจัยที่ช่วย

ยับยั้งภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมักมีความ เข้มแข็งไม่เพียงพอทั้งปัจจัยด้านจิตใจและแรง สนับสนุนทางสังคม”

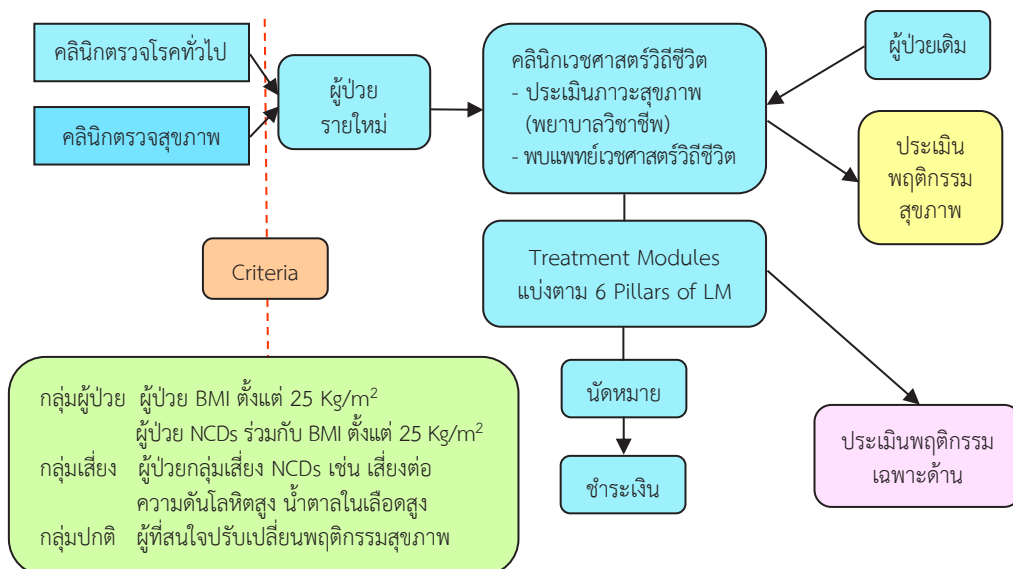
จากปัญหานี้ทำให้แพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิต
เล็งเห็นความสำคัญที่จะนำองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์
วิถีชีวิตมาใช้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จากต้นเหตุให้ถูกต้อง
เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรังอื่นๆ ที่จะตามมา และดูแลสุขภาพตนเองได้
อย่างยั่งยืน โดยมีการดำเนินการจัดตั้งคลินิกเวชศาสตร์
วิถีชีวิตขึ้นเพื่อดำเนินการให้บริการกลุ่มเป้าหมาย
ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ที่เสี่ยงจะเป็นโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง หรือผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงดีแต่ต้องการดูแล
สุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

≡ การประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิต ≡ ในการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

คลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตเริ่มจากผู้ป่วย
รายใหม่หรือผู้ป่วยเดิมที่มาจากคลินิกตรวจโรคทั่วไป
หรือคลินิกตรวจสุขภาพ จากนั้นเข้าสู่กระบวนการ

ประเมินภาวะสุขภาพโดยพยาบาลวิชาชีพและพบ
แพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อตรวจคัดกรองตามเกณฑ์
ที่กำหนด เช่น ผู้ป่วยที่มี BMI ตั้งแต่ 25 กก./ม²
ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีน้ำหนักเกิน กลุ่มเสี่ยงที่มี
ความดันโลหิตหรือน้ำตาลในเลือดสูง รวมถึงประชาชน
ทั่วไปที่สนใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เมื่อเข้าเกณฑ์ ผู้ป่วยจะได้รับการจัดแผนการ
รักษาในรูปแบบ Treatment Modules ตามแนวคิด
6 เสาหลักด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ได้แก่ โภชนาการ
กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับ
การหลีกเลี่ยงสารเสพติด/พฤติกรรมเสี่ยง และ
ความสัมพันธ์ทางสังคม โดยมีการนัดหมาย ติดตามผล
และประเมินพฤติกรรมสุขภาพทั้งแบบภาพรวมและ
แบบเฉพาะด้านตามความจำเป็น ระบบนี้ทำให้การดูแล
ในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแบบบูรณาการและ
ต่อเนื่อง สามารถรองรับทั้งผู้ป่วยโรคอ้วน ผู้ป่วย โรคไม่
ติดต่อเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง และผู้ที่ต้องการเสริมสร้าง
สุขภาพ ช่วยให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีโครงสร้าง
ชัดเจน วัดผลได้ และเป็นต้นแบบของบริการเวชศาสตร์
วิถีชีวิตในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ดังแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 แนวทางการดำเนินงานคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตและส่งเสริมสุขภาพ

ข้อจำกัด

เวชศาสตร์วิถีชีวิต เป็นศาสตร์ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผ่านการดูแลสุขภาพโภชนาการ การออกกำลังกาย สุขภาพจิต การนอนหลับ และการลดพฤติกรรมเสี่ยง การนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในกองทัพเรือมีข้อจำกัดและความท้าทายหลายประการ ดังนี้

1. ข้อจำกัดด้านบุคลากรและองค์ความรู้

ประเทศไทยยังขาดแคลนแพทย์และบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะที่หลากหลายทั้งด้านโภชนาการ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การดูแลสุขภาพจิต และการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตามการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในด้านดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมและไม่เพียงพอต่อความต้องการของระบบบริการสุขภาพ ปัจจุบันกรมแพทย์ทหารเรือมีแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์วิถีชีวิตระยะสั้นเพียง 4 นาย และยังไม่มีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่ได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างเป็นระบบ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพบุคลากรและขยายการอบรมไปยังสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อรองรับการให้บริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อจำกัดด้านโครงสร้างและระบบ

สนับสนุน ระบบสุขภาพในกองทัพเรือยังมุ่งเน้นการรักษาและฟื้นฟูมากกว่าการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก การดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักกายภาพ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย แต่ปัจจุบันยังมีข้อจำกัดด้านการบูรณาการการทำงานและระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการดำเนินงานร่วมกัน

3. ข้อจำกัดด้านบริบทการปฏิบัติงานของทหารเรือ ลักษณะการปฏิบัติงานของทหารเรือ

โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงหรือภารกิจพิเศษ มีความเครียดและข้อจำกัดด้านเวลา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การนอนหลับไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้การปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่เสี่ยงภัย อาจเป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต

4. ข้อจำกัดด้านทัศนคติและวัฒนธรรม

องค์กร วัฒนธรรมองค์กรของกองทัพที่เน้นระเบียบวินัยและการปฏิบัติตามคำสั่ง อาจมีความแตกต่างจากแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและการมีส่วนร่วมของแต่ละบุคคล การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของกำลังพลจำเป็นต้องอาศัยเวลา การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และองค์กร รวมถึงการส่งเสริมบุคคลต้นแบบ (Role model) เพื่อสร้างแรงจูงใจและผลักดันให้การดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตเกิดผลสำเร็จและมีความยั่งยืน

5. ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและงบประมาณ

การดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรด้านบุคลากร งบประมาณสำหรับการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การจัดหาอุปกรณ์ และการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในบริบทของกองทัพเรือและส่งผลกระทบต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการดำเนินงาน

บทสรุป

ข้อจำกัดของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการประยุกต์ใช้กับกองทัพเรือ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ระบบสนับสนุนที่ยังไม่เอื้อต่อการบูรณาการการดูแลสุขภาพเชิงรุก สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่มีความท้าทาย ทัศนคติ และวัฒนธรรมองค์กรที่อาจยังต้องปรับให้สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก รวมถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรและงบประมาณ โดยเฉพาะปัญหาภาวะน้ำหนักรุนแรงและโรคอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ



ต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของกำลังพล คุณภาพชีวิต ครอบครัว ตลอดจนความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่และการสนับสนุนภารกิจขององค์กร

การแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในกองทัพเรือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง การสร้าง

ระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการดำเนินงาน และการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรด้านสุขภาพ นอกจากนี้ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาประยุกต์ใช้กับกำลังพลกองทัพเรือ รวมถึงติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพและผลกระทบต่อการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- Centers for Disease Control and Prevention. Defining adult obesity. Updated 2021 Jun 7 [cited 2025 Aug 7]. Available from: <https://www.cdc.gov/obesity/adult-obesity-facts/>.
- Centers for Disease Control and Prevention. How overweight and obesity impacts your health. Healthy weight and growth. [Internet]. [cited 2025 Aug 7]. Available from: <https://www.cdc.gov/healthy-weight-growth/food-activity/overweight-obesity-impacts-health.html>.
- World Health Organization. Obesity. [Internet]. [cited 2025 Aug 7]. Available from: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1.
- Stegenga H, Haines A, Jones K, Wilding J, Guideline Development Group. Identification, assessment, and management of overweight and obesity: summary of updated NICE guidance. BMJ 2014;349:g6608.
- World Health Organization. Obesity and overweight. [Internet]. [cited 2025 Aug 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Health Systems Research Institute. The fifth Thai National Health Examination Survey (NHES V), 2014. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2016.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Health risks of overweight and obesity. [Internet]. [cited 2025 Aug 7]. Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/weight-management/adult-overweight-obesity/health-risks>.
- World Obesity Federation. Economic impact of overweight and obesity set to reach 3.3% of global GDP by 2060. [Internet]. [cited 2025 Aug 7]. Available from: <https://www.worldobesity.org/news/economic-cost-of-overweight-and-obesity-set-to-reach-3.3-of-global-gdp-by-2060>.
- Techatiwat. P Foundations of lifestyle medicine. [PowerPoint Presentation]. Nonthaburi: Department of Health; 2024.
- Somdech PhraPinklao Hospital. EMR hospital software report. Bangkok: Somdech PhraPinklao Hospital; 2023. (in Thai).
- Rippe JM, editor. Lifestyle medicine. 3rd ed. Boca Raton (FL): Taylor & Francis; 2019. p. 961-2.



12. World Health Organization. Noncommunicable diseases. [Internet]. [cited 2025 Aug 7]. Available from: https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1.
13. Leelarassamee A. Lifestyle medicine: LM. [Internet]. [cited 2025 Aug 7]. Available from: <https://tmc.or.th/pdf/att-dn-236.pdf>. (in Thai).
14. Egger G, Binns A, Rossner S. Lifestyle medicine: managing disease of lifestyle in the 21st century. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2011.
15. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones Irwin; 1984.
16. Watakakosol R. Preparing for behavior change to promote health. Bangkok: Faculty of Psychology, Chulalongkorn University; 2022. (in Thai).
17. Foundation for Research and Development of Community Health Systems. Stages of change. [Internet]. [cited 2025 Aug 7]. Available from: <https://web.facebook.com/thaichr/photos/a.1542861482635307/3089445841310189>. (in Thai).
18. Rippe JM. Lifestyle medicine and GLP-1 therapy for obesity: time to get real. *Am J Lifestyle Med* 2025 May 30:15598276251336677.
19. Royal Thai Navy. The naval personnel are united in exercising continuously, following the policy of the Navy Commander who wants the personnel to maintain good health. [Internet]. [cited 2025 Aug 7]. Available from: <https://www.navy.mi.th/bdrc7in0k2ju>. (in Thai).

บทบาทของพยาบาลในการลดภาวะกดดันด้านจิตใจโดยการให้ สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า The Role of Nurses in Reducing Psychological Distress by Providing Group Family Psychoeducation to Family Caregivers of Persons with Major Depressive Disorder

ปิยะธิดา คำวัง* สุดาพร สติยุดธการ**

Piyathida Kamwang,* Sudaporn Stithyudhakarn**

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Nursing Science Program (Psychiatric and Mental Health Nursing), Faculty of Nursing,
Chulalongkorn University, Bangkok

** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

* Corresponding Author: piyathida_k@rtanc.ac.th

บทคัดย่อ

ภาวะกดดันด้านจิตใจถือเป็นปัญหาสำคัญที่สามารถพบได้ในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อหลายด้านต่อตัวผู้ดูแลทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย คุณภาพชีวิต รวมถึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้ดูแลอาจให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพลดลงเป็นผลทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง และมีความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำได้ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถือเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ เนื่องจากเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่บ้าน ทำให้มีภาระหน้าที่ที่ต้องให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยทั้งการดูแลความเป็นอยู่โดยทั่วไปแล้วยังต้องให้การดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์อีกด้วย ทำให้ผู้ดูแลมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคมและการทำงาน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อฐานะทางการเงินของครอบครัว พยาบาลจิตเวชซึ่งมีบทบาทสำคัญในการลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยพยาบาลควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้นบทความนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอเกี่ยวกับปัญหาภาวะกดดันด้านจิตใจ บทบาทของพยาบาลในการช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้พยาบาลจิตเวชเกิดองค์ความรู้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนจัดกิจกรรมการพยาบาล และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อป้องกันและลดการเกิดปัญหาภาวะกดดันด้านจิตใจ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะกดดันด้านจิตใจ ผู้ดูแลในครอบครัว โรคซึมเศร้า พยาบาลจิตเวช

Received: July 25, 2025; Revised: November 17, 2025; Accepted: November 18, 2025

Abstract

Psychological distress is a significant issue among family caregivers of persons with Major Depressive Disorder. This condition adversely affects multiple aspects of the caregivers' well-being, including mental health, physical health, and overall quality of life. It can also negatively impact the patient and the family. In particular, it may reduce the effectiveness of patient care, worsen the patient's symptoms and increase the risk of hospital readmission. Family caregivers of persons with Major Depressive Disorder are considered a high-risk group for psychological distress, as they serve as the primary support system in home-based care for patients. Their responsibilities often extend beyond basic care to include emotional and psychological support, which can significantly alter their lifestyle. These changes may affect caregivers physically, cognitively, emotionally, socially, occupationally, and financially. Psychiatric nurses have a significant role in reducing psychological distress among these family caregivers and therefore require a clear understanding of their distress. This article discusses the nature of caregivers' psychological distress and outlines nursing roles in addressing this issue. The aim is to strengthen nurses' knowledge so nurses can effectively plan nursing interventions and offer guidance to those involved in caregiver support, ultimately helping prevent and reduce distress and improve the quality of life of both patients and caregivers.

Keywords: psychological distress, family caregiver, major depressive disorder, psychiatric nurses

บทนำ

ภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่บ้าน¹ นอกจากจะให้การดูแลความเป็นอยู่โดยทั่วไปแล้วยังต้องดูแลด้านจิตใจและอารมณ์อีกด้วย² เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยมักจะมีอารมณ์เศร้า สิ้นหวัง มองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในด้านลบ ความอยากอาหารและน้ำหนักเปลี่ยนแปลง ไม่สนใจ สิ่งแวดล้อม แยกตัว ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ลักษณะของความเจ็บป่วยนำไปสู่ความทุกข์ ความสูญเสียคุณภาพ และความไม่ปลอดภัยในชีวิตของบุคคล³ นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกใน

ครอบครัวอีกด้วย⁴ องค์การอนามัยโลก⁵ รายงานความชุก ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีจำนวนประมาณ 280 ล้านคนทั่วโลก ในสถานการณ์ของภาพรวมประเทศไทย ตามรายงานของกรมสุขภาพจิต⁶ พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2567 จำนวน 1,062,904 1,151,993 1,259,463 1,260,585 1,351,413 คน ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหลายหน้าที่ที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การตอบสนองความต้องการพื้นฐาน การช่วยเหลือผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน ป้องกันผู้ป่วยจากการทำร้ายตนเอง และป้องกันอาการซึมเศร้ากำเริบ⁷ นอกจากนั้นพบว่ามีผู้ดูแลจำนวนมากที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยควบคู่ไปกับหน้าที่ความรับผิดชอบในการทำงาน ด้วยภาระหน้าที่เหล่านี้และข้อจำกัดด้านเวลา ทำให้ผู้ดูแล

รู้สึกว่ามีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งเรื่องส่วนตัว สังคม อาชีพการงาน⁸ โดยส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านร่างกาย ได้แก่ มีเวลาว่างในการดูแลตนเองน้อยลง⁹ สถานะทางสุขภาพแย่ลงมีปัญหาการนอนหลับ¹⁰ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร¹¹ ด้านความคิด ได้แก่ มีความเครียดในการดูแล วิตกกังวลต่ออาการและ พฤติกรรมทำร้ายตนเองของผู้ป่วยจากการที่ไม่สามารถจัดการอาการของผู้ป่วยได้¹² ด้านอารมณ์ และจิตใจ ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้า¹³ วิตกกังวลเกี่ยวกับ สุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล¹¹ ด้านสังคมและการทำงาน ได้แก่ มีปฏิสัมพันธ์ กับสังคมน้อยลง² ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง¹⁰ มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว¹¹ นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อฐานะทางการเงินของครอบครัวอีกด้วย¹² ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ทำให้เกิดเป็นภาวะกดดันด้าน จิตใจในผู้ดูแลได้ในที่สุด โดยอัตราการเกิดภาวะกดดัน ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สูงถึงร้อยละ 49¹⁴ และพบว่า ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้าน จิตใจในระดับปานกลาง สูงถึงร้อยละ 60 และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 11¹⁵ และการศึกษาในประเทศไทยที่ พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะ กดดันด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 37¹ ภาวะกดดัน ด้านจิตใจของผู้ดูแลที่พบบ่อยจะแสดงออกเป็นความ วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า¹⁶ ทำให้ผู้ดูแลเหนื่อยล้า สิ้นหวัง เครียด วิตกกังวล สูญเสียคุณค่าในตนเอง แยกตัว ซึ่งหากผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลเสียต่อ ร่างกายและสุขภาพทางจิต จนอาจนำไปสู่การเกิด โรคทางจิตเวชได้ในที่สุด สรุปได้ว่า ภาวะกดดันด้าน จิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น ถือเป็นปัญหาที่ควรให้ความสำคัญ เพราะไม่เพียงแต่ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของ ผู้ดูแลเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อความสามารถในการให้ การดูแลที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยด้วย ซึ่งอาจส่งผลให้ ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง และลดโอกาสในการฟื้นฟู สมรรถภาพของผู้ป่วยได้¹⁴

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะกดดัน ด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ภาวะกดดันด้านจิตใจ หมายถึง ภาวะทาง อารมณ์ที่ไม่สุขสบายใจ เป็นผลมาจากการตอบสนอง ต่อความเครียดหรือความต้องการของบุคคลที่ไม่ได้ รับการตอบสนอง ส่งผลทำให้เกิดอันตรายชั่วคราว หรือเกิดขึ้นอย่างถาวรต่อบุคคลนั้น¹⁷ ซึ่งมักเกี่ยวข้อง กับความวิตกกังวล (Nervous) และภาวะซึมเศร้า (Depression) นอกจากนั้นยังรวมไปถึงความรู้สึก สิ้นหวัง (Hopelessness) กระสับกระส่าย (Restless) ความรู้สึกไร้ค่า (Worthlessness) และความเหนื่อยล้า (Fatigue)¹⁸

คุณลักษณะของภาวะกดดันด้านจิตใจ ประกอบด้วย 5 ประการ¹⁷ ได้แก่ 1) การรับรู้ที่ไม่ สามารถจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Perceived inability to cope effectively) บุคคลจะประสบ กับภาวะกดดันทางจิตใจเมื่อรับรู้ว่าคุณไม่สามารถ จัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้นี้ อาจเกิดจากความเชื่อว่าไม่สามารถหาทางแก้ไข ปัญหาได้ ในทางกลับกัน หากบุคคลเชื่อว่าสามารถ รับมือกับปัญหาได้จะเกิดการแก้ไขปัญหาละและภาวะ กดดันด้านจิตใจอาจไม่เกิดขึ้น 2) การเปลี่ยนแปลงของ สถานะทางอารมณ์ (Change in emotional status) เช่น ความวิตกกังวลภาวะซึมเศร้า การขาดแรงจูงใจ ความหงุดหงิด ความก้าวร้าว การดูถูกตนเอง เป็นต้น 3) ความไม่สุขสบาย (Discomfort) เป็นความทุกข์ ทรมาน ความไม่สบายทางจิตใจที่สัมพันธ์กับความทุกข์ 4) การแสดงออกถึงความไม่สุขสบาย (Communication of discomfort) ผ่านการพูดเกี่ยวกับความสิ้นหวัง ต่ออนาคต ความกลัว ความปวด ปัญหาการนอน หรือการใช้ความเจ็บ และการแสดงออกทางทาง ร่างกาย เช่น ขมวดคิ้ว หลีกเลียงการสบตา กระสับกระส่าย เป็นต้น และ 5) อันตราย (Harm)

คือ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดอันตรายชั่วคราวหรือเกิดขึ้นอย่างถาวรต่อบุคคลนั้น เช่น ความปวด การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ พฤติกรรมทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในบริบทของประเทศไทยพบว่า วัฒนธรรมมีอิทธิพลสำคัญต่อบทบาทและประสบการณ์ของผู้ดูแล ทั้งในด้านความคิด ความเชื่อ และรูปแบบการเผชิญความเครียด โดยผู้ดูแลมีความเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงการยอมรับ ความเมตตา และความอดทนจึงมักใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดโดยมุ่งเน้นอารมณ์ เช่น ใช้ความอดทน การคิดเชิงบวก และการยึดมั่นในหลักศาสนา เพื่อช่วยลดความเครียดและสร้างความสงบทางใจ อันส่งผลให้สามารถปรับตัวและดำรงบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษาถึงภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจร้อยละ 37¹ ในด้านพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทยมีการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ร้อยละ 90.6 ไม่มีภาวะกดดันด้านจิตใจ มีการดูแลสุขภาพในระดับต่ำหรือแทบไม่มีภาระเลย ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาก่อนหน้านี้ ในการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ทั้งจากบุคคลสำคัญ สมาชิกในครอบครัว และเพื่อน ในขณะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อโรค มีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาอย่างเหมาะสม มีระดับการตีตราตนเองต่ำ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มาจากตัวผู้ป่วยที่มีส่วนช่วยลดภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล นอกจากนี้กลุ่มผู้ดูแลมีมุมมองต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่สูงนั้นเกิดจากบริบทสังคมหรือลักษณะนิสัยของคนในภาคใต้ที่มีความรักในมิตรสหายและ

ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกันซึ่งเป็นบริบทเฉพาะในภาคใต้ของประเทศไทย¹⁹

สรุปได้ว่า ภาวะกดดันด้านจิตใจเป็นภาวะทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดจากการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและความกดดัน อาการของบุคคลที่ประสบภาวะกดดันด้านจิตใจมักแสดงออกในรูปแบบของความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความเชื่อว่าจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ความทุกข์ทางจิตใจ การแสดงออกถึงความไม่สุขสบาย และอันตรายหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อบุคคล นอกจากนี้ยังพบว่า บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละภูมิภาค มีอิทธิพลในการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอีกด้วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถจำแนกได้เป็น 2 ปัจจัยหลัก ดังนี้

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่

1.1 เพศ (Gender) พบว่า เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵

1.2 กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียด (Coping strategies) การศึกษาของ McGill²⁰ พบว่า กลยุทธ์การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะการใช้การระบายความรู้สึก (Vent) การตำหนิตนเอง (Self-blame) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจ และการเผชิญความเครียดแบบเชิงรุก (Active coping) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wasley & Eden²¹ ที่

ศึกษาปัจจัยทำนายของภาวะกดดันด้านจิตใจในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (N = 53) และผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (N = 19) ผลการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจ แสดงให้เห็นว่าหากผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบเชิงรุกก็จะช่วยลดการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจได้

1.3 ภาระในการดูแล (Burden) มีอิทธิพลโดยตรงและสามารถทำนายการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลได้ดีที่สุด^{1,20} ซึ่งภาระในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทที่เกิดขึ้นร่วมกัน ได้แก่

1.3.1 ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) คือ ภาระที่เป็นรูปธรรมที่เกิดจากงานและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง จากการศึกษาของ McGill²⁰ พบว่า ผู้ดูแลที่มีภาระในการดูแลแบบ Objective burden ระดับสูงมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตหรือภาวะกดดันด้านจิตใจที่สูงขึ้น

1.3.2 ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) คือ ภาระตามการรับรู้ของผู้ดูแล เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิบัติการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย การศึกษาของ Panchob และคณะ¹ ได้ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล โดยมีการศึกษาความสัมพันธ์ของภาระในการดูแลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจ ซึ่งผลการวิจัย พบว่า ภาระในการดูแลสามารถทำนายการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจได้ดีที่สุด โดยมีการวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางจิตต่อผู้ดูแล 4 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียด (Tension) การกำกับดูแลผู้ป่วย (Supervision) ความกังวล (Worrying) และการกระตุ้นผู้ป่วย (Urging) ซึ่งผู้ดูแลมักจะมี ความเครียด ความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยและอนาคตของผู้ป่วย ภาระหน้าที่ในการดูแลเรื่องการรับประทานยา การนอนหลับ และ

การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่อาจเกิดอันตราย การรับรู้ความสามารถที่ต่ำในการจัดการอาการของผู้ป่วย สอดคล้องกับความรู้สึกเป็นภาระที่เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่า ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า²²

2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่

2.1 อาการของผู้ป่วยที่ไม่คงที่ (Symptom unpredictability) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่อาการไม่คงที่ที่จะทำให้ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น²⁰

2.2 ระยะเวลาในการดูแล (Duration of care) การศึกษาของ McGill²⁰ พบว่า ระยะเวลาหรือความถี่ในการดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของ Wasley & Eden²¹ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายของภาวะกดดันด้านจิตใจในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (N = 53) และผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (N = 19) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลเป็นระยะเวลานานจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจที่ต่ำกว่า

2.3 แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยพบว่า ผู้ดูแลที่มีภาระในการดูแลหรือมีความเครียด หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจได้¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wasley & Eden²¹ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายของภาวะกดดันด้านจิตใจในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (N = 53) และผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (N = 19) พบว่า ความพึงพอใจต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจโดยการมีความพึงพอใจต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจที่ลดลง

2.4 สถานะการจ้างงาน (Employment status) พบว่า ผู้ดูแลที่ว่างงานมีค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจสูงกว่าผู้ที่มีงานทำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถจำแนกได้เป็น 2 ปัจจัยหลัก ดังนี้ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศ กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียด และการในการดูแลของผู้ดูแล 2) ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ อาการของผู้ป่วยที่ไม่คงที่ ระยะเวลาในการดูแล แหล่งสนับสนุนทางสังคม และสถานะการจ้างงาน จะเห็นได้ว่าภาวะในการดูแลของผู้ดูแลนั้นมีอิทธิพลโดยตรงและสามารถทำนายการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลได้ดีที่สุด และแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ถือว่าเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ ดังนั้นการลดภาระในการดูแลและเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะนำไปสู่ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลที่ลดลงได้

ผลกระทบของภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงผลกระทบของภาวะกดดันด้านจิตใจต่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ยังไม่มีผู้ที่กล่าวถึงผลกระทบได้อย่างชัดเจน แต่พบว่ามีนักวิชาการได้กล่าวถึงผลกระทบของภาวะกดดันด้านจิตใจโดยทั่วไป โดยจำแนกผลกระทบเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ผลกระทบต่อตัวผู้ดูแล

Massé²³ ได้วิเคราะห์ถึงภาวะกดดันด้านจิตใจในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยมีการอธิบายถึงลักษณะสำคัญของอาการที่เกิดจากภาวะกดดันด้านจิตใจ ดังนี้ 1) การสูญเสียความหวังและมองอนาคตในแง่ร้าย ผู้ที่เผชิญกับภาวะนี้มักมีความ

เชื่อว่าชีวิตในอนาคตจะยิ่งแย่ลง ซึ่งนำไปสู่ความสิ้นหวัง การหมดกำลังใจ และความเปราะบางในการทำกิจกรรมทางสังคมหรืออาชีพ 2) ความวิตกกังวลและความเครียด กัดกร่อน และรู้สึกทุกข์ทรมานจากภายในจิตใจ โดยเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ 3) สูญเสียคุณค่าในตนเอง ผู้ที่ประสบกับภาวะกดดันทางจิตใจมักจะมองว่าตนไร้ความสามารถ ไม่มีคุณค่า ทั้งในแง่สังคม อารมณ์ และอาชีพ และมักโทษตนเองเมื่อเกิดความล้มเหลว 4) การแยกตัวจากสังคม ผู้ที่เผชิญกับภาวะนี้มักหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เลือกที่จะปลีกตัวออกจากสังคมและแยกตัวจากครอบครัว 5) การแสดงอาการทางร่างกาย ที่มักพบได้บ่อย คือ เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย หมดพลังงาน กิจกรรมทางกายลดลง แยกตัวจากสังคม และ 6) เก็บตัว ผู้ประสบภาวะนี้มักรู้สึกว่าตนไม่สามารถควบคุมชีวิตหรือปรับตัวกับสังคมได้ เกิดความรู้สึกไม่พอใจในตัวเองและการประเมินคุณค่าตนเองในด้านลบ สิ้นหวัง และแยกตัวจากสังคมในที่สุด

Ridner¹⁷ ได้กล่าวว่า ภาวะกดดันด้านจิตใจส่งผลกระทบต่อบุคคลได้รับความเสียหายอย่างถาวรอาจเกิดขึ้นในรูปแบบที่รุนแรง เช่น การฆ่าตัวตาย ความดันโลหิตสูง หัวใจล้มเหลว หรือความเสียหายทางกายภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการหลั่ง Catecholamine ที่มากขึ้นจากการกระตุ้นของภาวะกดดันด้านจิตใจ

Cheng และคณะ¹⁶ ได้ศึกษาถึงผลกระทบจากภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า และโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่า ภาวะกดดันด้านจิตใจที่พบบ่อยในผู้ดูแล ได้แก่ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจสูงจะมีภาระการดูแลที่มากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตต่ำทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม



2. ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว

Li และคณะ²⁴ ได้กล่าวว่า ภาวะกดดันด้านจิตใจนอกจากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลแล้วยังก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และประสิทธิภาพในการทำงาน

Udoh และคณะ¹⁴ ได้กล่าวว่า ภาวะกดดันด้านจิตใจไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้ดูแลเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง และลดโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยได้ ซึ่งคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวนั้นมีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วย²⁵ แสดงให้เห็นว่าภาวะกดดันด้านจิตใจอาจทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพเป็นผลทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง มีความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

โดยสรุป ภาวะกดดันด้านจิตใจส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัว ผู้ดูแลที่เผชิญกับภาวะนี้มักประสบปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ด้านอาการทางกาย มีความเหนื่อยล้า หดหู่ลง คุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ลดลง และอาจนำไปสู่ความเสี่ยงทางสุขภาพที่รุนแรง และผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจให้การดูแลได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพเป็นผลทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง มีความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ นอกจากนี้ภาวะกดดันด้านจิตใจยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอีกด้วย ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญกับปัญหาภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยการทำความเข้าใจถึงปัญหา ศึกษาถึงรูปแบบการบำบัดดูแล และนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

บทบาทของพยาบาลในการลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของพยาบาลในการผสมผสานองค์ความรู้ด้านสาธารณสุขเข้ากับการพยาบาลจิตเวช ใช้การทำงานร่วมกับทีมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการเกิดโรคทางจิตเวช โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ค้นหา และคัดกรองกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการปัญหาสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยปกป้อง ซึ่งนำไปสู่การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว²⁶

ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจ จึงควรได้รับการช่วยเหลือดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้นจนกลายเป็นโรคทางจิตเวช จากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง รวมถึงรูปแบบการบำบัดดูแลเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงสรุปเป็นบทบาทพยาบาลในการลดการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจได้ ดังนี้

1. การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล เป็นวิธีการดูแลที่ได้รับการยอมรับและมีประโยชน์อย่างมาก โดยเป็นกระบวนการให้ความรู้เฉพาะทางในเรื่องสุขภาพจิต ครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า เช่น สาเหตุ อาการ การรักษา การรับประทานยา และผลข้างเคียง และยังเน้นที่การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา การสื่อสาร และการเผชิญความเครียด รวมถึงการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมอีกด้วย วัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม¹⁵ ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล และทำให้มีการประเมิน

ประสบการณ์การดูแลในเชิงบวกมากขึ้น²⁷ เสริมสร้างความสามารถในการจัดการอาการ และการเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น²⁸ และช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการภาระงานในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁹ มีการศึกษานำร่องที่พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลสามารถช่วยลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ และคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจยังลดลงอีกด้วย³⁰ ซึ่งภาระในการดูแลถือเป็นปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ดีที่สุด^{1,20} ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษาอาจช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลได้

2. การส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล พบว่า สามารถช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีลักษณะความเจ็บป่วยเรื้อรังของโรคที่คล้ายกับโรคซึมเศร้าได้³¹ โดยการส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดนั้นจะเป็นการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดทั้ง 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นการแก้ปัญหาโดยการเรียนรู้และใช้ทักษะสติปัญญา เพื่อมุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยตรง ซึ่งจะช่วยลดความเครียดโดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง 2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นการแก้ปัญหาโดยปรับเปลี่ยนอารมณ์เพื่อรักษาสมดุลแต่ไม่ได้เป็นการจัดการกับปัญหาโดยตรง เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด สามารถเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพราะการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive coping) อาจนำไปสู่การเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลได้²¹

3. การฝึกทักษะการกำกับอารมณ์ พบว่าช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะ

ซึมเศร้า ที่เป็นลักษณะอาการของภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลได้ ซึ่งการฝึกการกำกับอารมณ์จะทำให้ผู้ดูแลสามารถควบคุมอารมณ์ทางลบ ปรับเปลี่ยนอารมณ์ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านกระบวนการตรวจสอบ สังเกตการณ์อารมณ์ของตนเองเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาทั้งอารมณ์เชิงบวกและลบ การประเมินความเหมาะสมในการแสดงออกทางอารมณ์ และการปรับเปลี่ยนการตอบสนองทางอารมณ์เชิงลบให้เหมาะสม³²

4. การเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ดูแลที่มีภาระในการดูแลหรือมีความเครียด หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจได้ โดยพยาบาลสามารถเป็นแหล่งข้อมูลทางสุขภาพให้กับผู้ดูแล โดยการให้คำปรึกษาเมื่อผู้ดูแลต้องการการช่วยเหลือหรือมีปัญหาทางสุขภาพ แนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น รวมถึงการประสานส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้กับทีมสุขภาพจิต เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องและรักษาสติประโยชน์ของผู้ป่วย

5. การตรวจเพื่อประเมิน/คัดกรองภาวะกดดันด้านจิตใจกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ (The Kessler Psychological Distress Scales: K10) ของ Kessler & Mroczek¹⁸ เพื่อเป็นการประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ ทำให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลได้อย่างรวดเร็ว ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเกิดปัญหา ไม่ลุกลามจนพัฒนากลายเป็นโรคทางจิตเวช

โดยสรุป บทบาทของพยาบาลในการลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแล ช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจและความเครียดของผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวในบทบาท



การเป็นผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม อันจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีประสิทธิภาพและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การฝึกทักษะการเผชิญความเครียด การกำกับอารมณ์ และเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ดูแล โดยเฉพาะการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลที่พยาบาลจิตเวชสามารถทำได้ ซึ่งถือเป็นวิธีการดูแลที่ได้รับความนิยมและมีประสิทธิภาพในการลดภาวะกดดันด้านจิตใจ

บทบาทของพยาบาลในการลด ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดย การบำบัดด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษา กลุ่มครอบครัว

แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Psychoeducational multiple family groups) ของ McFarlane และคณะ³³ เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว (Family psychoeducation) ของ Anderson และคณะ³⁴ ร่วมกับการจัดการพฤติกรรมครอบครัว (Family behavioral management) ของ Falloon และคณะ³⁵ โดยการผสมผสานข้อดีของแต่ละการบำบัดรักษามารวมกัน มีดำเนินการเป็นกลุ่มหลายครอบครัว ซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม โดยให้ครอบครัวที่ประสบปัญหาคล้ายๆ กัน ได้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เปิดโอกาสให้มีการรับฟังและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่คล้ายกันและค้นพบวิธีการแก้ปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้ นอกจากนั้นยังเน้นการให้ความรู้ควบคู่ไปกับฝึกทักษะการแก้ปัญหา ลักษณะของการดำเนินการของกลุ่มครอบครัวได้มีการนำไปประยุกต์ใช้อย่างหลากหลาย คือ ผู้ป่วยเข้าร่วมทั้งหมด เข้าร่วมบางส่วน หรือไม่เข้าร่วมก็ได้^{30,33,36}

การทำกลุ่มแบบหลายครอบครัวจะช่วยจัดการกับปัญหาต่างๆ ด้วยหลักการ ดังนี้²⁸ 1) เพิ่มขนาดของแหล่งสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม 2) ลดความรู้สึกลำบากและการตีตราของญาติผู้ดูแล 3) การให้ครอบครัวที่มีปัญหาล้ายกันได้มีการติดต่อสื่อสารกัน 4) การจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 5) การแบ่งเบาภาระและลดภาระของครอบครัว 6) ขยายขอบเขตความสามารถในการแก้ปัญหา 7) เปิดโอกาสในการรับฟังประสบการณ์ของผู้อื่นที่มีประสบการณ์คล้ายกันและสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมสำหรับตนเอง และ 8) เสริมสร้างความหวังผ่านตัวอย่างและประสบการณ์ร่วมกัน

สำหรับการประยุกต์ใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ McFarlane และคณะ³³ โดยมุ่งเน้นที่การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งพัฒนามาจาก Anderson และคณะ³⁴ เพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น มีดำเนินการเป็นรายกลุ่มเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือของครอบครัว เป็นการทำงานร่วมกันกับครอบครัวเพื่อพยายามทำความเข้าใจและเชื่อมโยงกับครอบครัวให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ มีความหวัง และยอมรับในตัวผู้บำบัดรักษา ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวที่ดีขึ้น อีกทั้งยังทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล³⁷

2) การให้ความรู้และการฝึกอบรม เป็นการให้ความรู้ด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงการเจ็บป่วยและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงยินดีให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้รับคำแนะนำถึงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดความ

วิตกกังวลของผู้ดูแล ทำให้มีการประเมินประสิทธิภาพการดูแลในเชิงบวกมากขึ้น²⁷ และได้เรียนรู้วิธีการปฏิบัติตนในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย³⁸

3) การฝึกทักษะการแก้ปัญหา เป็นการทำงานร่วมกับผู้ดูแลในการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหา เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยมุ่งเน้นให้แต่ละครอบครัวนำแนวทางการจัดการปัญหาที่ได้รับไปใช้ในการจัดการปัญหาและสถานการณ์เฉพาะของตน โดยจะได้รับการแลกเปลี่ยนข้อมูลจากผู้ดูแลในครอบครัวอื่นและพยาบาล

4) การส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียด เป็นการชี้ให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ดูแลในการหาแนวทางจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมระหว่างครอบครัวผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์และเปิดโอกาสให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากขึ้น³⁹ ทำให้ช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลได้

5) การขยายเครือข่ายสังคมของครอบครัว เป็นการขยายเครือข่ายสังคมให้คงอยู่เป็นระยะเวลานาน โดยช่วยให้ผู้ดูแลทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ รวมถึงการตอบสนองความต้องการของครอบครัวในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ให้การสนับสนุนและการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและผู้ป่วย สามารถใช้แหล่งสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาว่างมากขึ้นในการดูแลตนเองและมีปฏิสัมพันธ์กับ

ผู้อื่น⁴⁰ แหล่งสนับสนุนทางสังคมถือเป็นปัจจัยปกป้องต่อผลกระทบเชิงลบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว⁴¹ ซึ่งการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม อาจช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจได้

โดยสรุป การบำบัดด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวตามแนวคิดของ McFarlane และคณะ เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น มีการส่งเสริมทักษะการแก้ไขปัญหาก็แก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผ่านการเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่มครอบครัว การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ช่วยลดความรู้สึโดดเดี่ยว ความเครียด ความวิตกกังวล และส่งเสริมการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม รวมถึงเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น มีภาวะกดดันด้านจิตใจลดลง

ตัวอย่างการนำสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มครอบครัวเพื่อลดภาวะกดดัน ด้านจิตใจมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาล

กรณีศึกษา

นางรัตนา (นามสมมติ) อายุ 58 ปี เป็นผู้ดูแลในครอบครัวของนายธนา (นามสมมติ) อายุ 25 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วย โดยมีหน้าที่ให้การดูแลความเป็นอยู่โดยทั่วไปและการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด นางรัตนา ประกอบอาชีพรับจ้างแต่ต้องลางานบ่อยครั้งเพื่อพาผู้ป่วยไปพบแพทย์และบางครั้งต้องเฝ้าระวังพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างใกล้ชิด จึงทำให้สูญเสียรายได้ เกิดความวิตกกังวลกลัวผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ไม่รู้ว่าจะจัดการอย่างไรเนื่องจากผู้ป่วยไม่ค่อยพูดหรือบอกความต้องการของตนเอง ทำให้มีความเชื่อว่าผู้ป่วยจะไม่หายจากโรคนี้ และตำหนิตนเองว่าทำหน้าที่มารดาได้ไม่ดีพอ



จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วย จากการประเมินอาการ ผิดปกติของนางรัตนา พบว่า มีอาการอ่อนเพลีย นอนหลับไม่สนิท ประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจด้วย แบบประเมิน The Kessler Psychological Distress Scales (K10) ได้คะแนนเท่ากับ 20 คะแนน (ภาวะ กดดันด้านจิตใจ ระดับปานกลาง)

การวางแผนการพยาบาลด้วยการให้ สุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัว เพื่อลดภาวะกดดัน ด้านจิตใจ โดยดำเนินการในรูปแบบกลุ่มเฉพาะผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะกดดันด้าน จิตใจ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่

1. กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์บ้านฉัน บ้านเธอ: การสร้างสัมพันธ์ภาพและความร่วมมือ ของครอบครัว

กิจกรรมการพยาบาล

1.1 พยาบาลสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเปิดโอกาสให้ ผู้ดูแลได้ทำความรู้จักกันและกัน เพื่อสร้างความ ไว้วางใจกับผู้ดูแล

1.2 พยาบาลพูดคุยถึงประเด็นเกี่ยวกับ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความรู้สึก ต่อสิ่งที่ได้ทำในการดูแลผู้ป่วย และมุมมองต่อตนเอง ของผู้ดูแล เพื่อเป็นการประเมินปัญหาเบื้องต้นของผู้ดูแล

1.3 พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์/ ความคิด /ความรู้สึก ของผู้ดูแลแต่ละคน

2. กิจกรรมที่ 2 เพิ่มเติมเสริมความรู้ “โรคซึมเศร้า”: การให้ความรู้และการฝึกอบรม

กิจกรรมการพยาบาล

2.1 พยาบาลประเมินความรู้ (Pre test) ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าก่อนการเริ่มกิจกรรม การให้ความรู้

2.2 พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ซึมเศร้า ประกอบด้วย สาเหตุ อาการ การรักษา แนวทาง การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การสังเกตอาการเตือน

โดยในระหว่างที่ให้ความรู้แต่ละหัวข้อ พยาบาลจะ กระตุ้นให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยเน้นการเชื่อมโยง จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจริง ของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในโรคที่ผู้ป่วยเป็น ลดความกลัว/ วิตกกังวลของผู้ดูแล

2.3 พยาบาลให้ผู้ดูแลได้วางแผนการ ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่บ้าน จากนั้นให้ ผู้ดูแลอภิปรายร่วมกัน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการ ภาระงานในการดูแลผู้ป่วยได้ มีเวลาในการดูแล ตนเองมากขึ้น

2.4 พยาบาลประเมินความรู้ (Post test) ของผู้ดูแลหลังได้รับความรู้จากกิจกรรม จากนั้น เสนอคำตอบพร้อมกันโดยให้ผู้ดูแลช่วยกันบอก คำตอบของตนเองพร้อมแสดงความคิดเห็น จากนั้นให้ผู้ดูแลช่วยกันสรุปและซักถามข้อสงสัย เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

3. กิจกรรมที่ 3 ทางออกที่สร้างได้: การ ฝึกทักษะการแก้ปัญหา

กิจกรรมการพยาบาล

3.1 พยาบาลพูดคุยสอบถามถึงประสบการณ์ ปัญหาการสื่อสารหรือการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ร่วมกัน และมีการนำประเด็นปัญหาจาก กิจกรรมที่ 1 มาพูดคุยในกิจกรรมนี้

3.2 พยาบาลให้ผู้ดูแลแต่ละคนได้เสนอ วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เคยใช้แล้ว ได้ผลจริงจากประสบการณ์ของตนเอง เพื่อเป็นการ แบ่งปันประสบการณ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ ช่วยเหลือ และให้คำแนะนำซึ่งกันและกันระหว่างผู้ดูแล

3.3 พยาบาลแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับ วิธีการในการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการ รับฟังด้วยความเข้าใจ ยอมรับ ไม่ตัดสิน ใช้การ สื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพและความไว้วางใจที่ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวางใจและปลอดภัยที่จะเล่า

เรื่องราว หรือสาเหตุที่แท้จริงของความทุกข์ ความเครียด ความเศร้า และอาการต่างๆ ที่ตนเองประสบอยู่ซึ่งการสื่อสารทางบวกจะสะท้อนความใส่ใจ ความรัก ความห่วงใย ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าความไม่สบายใจที่เขากำลังเผชิญ เปิดโอกาสให้เขาสำรวจตนเองและเข้าใจตนเองมากขึ้น และคำพูดทางลบที่ควรหลีกเลี่ยง เพราะอาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกในด้านลบได้

3.4 พยาบาลให้ผู้ดูแลฝึกทักษะการแก้ปัญหาผ่านสถานการณ์จำลองร่วมกัน จากนั้นให้ผู้ดูแลเขียนปัญหาที่ตนเองพบจากการดูแลผู้ป่วยจากสถานการณ์จริง วางแผนแก้ปัญหา และมีการอภิปรายร่วมกัน

3.5 ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมถึงการแก้ไขปัญหามาโดยการให้คำแนะนำหรือแง่คิดจากประสบการณ์ของตัวผู้ดูแลเอง ตัวอย่างเช่น การแนะนำให้ผู้ป่วยปรับมุมมองความคิด ให้คิดในด้านบวก เพื่อจัดการอารมณ์ทางลบด้วยวิธีที่ผู้ดูแลทำแล้วได้ผล อาจจะต้องมองถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วยว่าพร้อมหรือไม่ และควรทำความเข้าใจ พูดคุยและหาทางออกร่วมกัน อยู่เคียงข้างและคอยให้คำแนะนำ/อธิบายด้วยเหตุผล

4. กิจกรรมที่ 4 พื้นที่พักใจ: การส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียด

กิจกรรมการพยาบาล

4.1 พยาบาลพูดคุยสอบถามถึงประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแล พร้อมให้ผู้ดูแลทุกคนได้ยกตัวอย่างประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดของตนเอง พร้อมให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามันเองไม่ได้เผชิญความเครียดอยู่เพียงผู้เดียว

4.2 พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเครียด เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด สามารถสังเกตอาการแสดงของตนเองที่เกิดจากความเครียดได้

4.3 พยาบาลส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียด โดยแนะนำวิธีการเผชิญความเครียด

แบบมุ่งแก้ปัญหาและให้ผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนวิธีการผ่อนคลายความเครียดร่วมกัน โดยอ้างอิงจากประสบการณ์การผ่อนคลายความเครียดที่ได้ใช้จริง

4.4 พยาบาลแนะนำและสาธิตวิธีการผ่อนคลายความเครียดเพิ่มเติม ได้แก่ 1) การฝึกการหายใจ 2) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยให้ผู้ดูแลฝึกทำไปพร้อมกันเพื่อให้เกิดทักษะ

4.5 พยาบาลให้ผู้ดูแลฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ โดยให้ผู้ดูแลวิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียด วางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการความเครียดที่เหมาะสม จากนั้นอภิปรายร่วมกัน เพื่อให้ผู้ดูแลได้แนวทางการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมสำหรับตนเอง

5. กิจกรรมที่ 5 จบมื่อไว้แล้วไปด้วยกัน: การขยายเครือข่ายสังคมของครอบครัว

กิจกรรมการพยาบาล

5.1 พยาบาลพูดคุยเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยสอบถามความรอบรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล รวมถึงประสบการณ์การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และประโยชน์/ความจำเป็นของแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นการประเมินความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

5.2 พยาบาลให้ผู้ดูแลร่วมกันค้นหาแลกเปลี่ยนข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยและสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ

5.3 พยาบาลให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย เช่น หน่วยงานที่ให้บริการทางการแพทย์ การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ สายด่วนกรมสุขภาพจิต เป็นต้น และยกตัวอย่างประสบการณ์การมองหาแนวทางการช่วยเหลือในการรับมือกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของผู้ดูแล เช่น การขอ

ความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ด้านสุขภาพจิตหรือบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ การสืบค้นข้อมูลผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ตที่น่าเชื่อถือ การแสวงหาที่พึ่งทางจิตวิญญาณ เป็นต้น

5.4 พยาบาลประเมินผลกระทบทางสังคมในกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจ (เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง แยกตัว ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว) ด้วยการพูดคุยสอบถาม และให้ผู้ดูแลได้วางแผนการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว/ชุมชน/สังคม โดยกระตุ้นให้ผู้ดูแลที่อาจได้รับผลกระทบน้อยหรือไม่ได้รับผลกระทบ ได้ช่วยผู้ดูแลที่ได้รับผลกระทบมากกว่าในการช่วยวางแผนการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว/ชุมชน/สังคม จากนั้นให้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นร่วมกัน

การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล: ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากขึ้น รู้จักวิธีการแก้ไขปัญหา การเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม มีกำลังใจจากการสร้างเครือข่ายทางสังคม และประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจด้วยแบบประเมิน The Kessler Psychological Distress Scales (K10) 1 เดือน (4 สัปดาห์) หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 โดยผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ ภาวะกดดันด้านจิตใจลดลงอยู่ในระดับน้อย (0 - 15 คะแนน)

เอกสารอ้างอิง

1. Pianchob S, Sangon S, Sitthimongkol Y, Williams RA, Orathai P. A causal model of psychological distress of Thai family caregivers of people with major depressive disorder. Pac Rim Int J Nurs Res 2014;18(3):173-86.
2. Shah AJ, Wadoo O, Latoo J. Psychological distress in carers of people with mental disorders. Br J Med Pract 2010;3(3):1-5.
3. Aekwarangkoon S, Khunarak U. Depression and nursing therapy. In: Aekwarangkoon S, editor. Psychiatric and mental health nursing: the art and science of practice, Volume 1. 7th ed. Bangkok: 3 LADA Press; 2020. p. 219-51. (in Thai).

บทสรุป

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถือเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่บ้าน เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะกดดันด้านจิตใจ บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงมีความสำคัญยิ่ง โดยพยาบาลควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกดดันด้านจิตใจการประเมิน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการศึกษาถึงรูปแบบการบำบัดเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจ และนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเชิงคลินิก โดยเฉพาะการให้สุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวในการลดภาวะกดดันด้านจิตใจในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะ ในขณะเดียวกันพยาบาลสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเชิงคลินิก โดยการสร้างระบบการคัดกรองที่ครอบคลุมและบูรณาการโครงการสุขภาพจิตศึกษากลุ่มครอบครัวให้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่เรื้อรัง อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

4. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Verdelli H, Pilowsky DJ, et al. Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(1):29-36.
5. World Health Organization. Depressive disorder (depression). [Internet]. [cited 2025 Mar 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
6. Department of Mental Health. Access to services for patients with depression: report. [Internet]. [cited 2025 Jul 16]. Available from: https://thaidepression.com/www/report/main_report/. (in Thai).
7. Ahlström BH, Skärsäter I, Danielson E. Living with major depression: experiences from families' perspectives. *Scand J Caring Sci* 2009;23(2):309-16.
8. Kidron SB, Soylemez KK, Lusher J, Carretero-Resino AM. Through their eyes: exploring the experiences of individuals living with a person with depression. *World J Adv Res Rev* 2024;22(3):1284-95.
9. Fiorillo A, Del Vecchio HG, De Rosa C, Malangone C, Del Vecchio V, Giacco D, et al. Family burden in major depression: a multicentric survey in 30 Italian mental health centers. *Eur Psychiatry* 2011;26(S2):625.
10. Jaffe DH, Balkaran BL, Yue L, Mulhern-Haughey S, Anjo J. The burden of caring for adults with depression and suicidal ideation in five large European countries: analysis from the 2020 National Health and Wellness Survey. *BMC Psychiatry* 2021;21(1):550.
11. van Wijngaarden B, Schene AH, Koeter MWJ. Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *J Affect Disord* 2004;81(3):211-22.
12. Radfar M, Ahmadi F, Fallahi Khoshknab M. Turbulent life: the experiences of the family members of patients suffering from depression. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014;21(3):249-56.
13. Highet N, McNair B, Davenport T, Hickie I. "How much more can we lose?": carer and family perspectives on living with a person with depression. *Med J Aust* 2004;181:6-9.
14. Udoh EE, Omorere DE, Sunday O, Osasu OS, Amoo BA. Psychological distress and burden of care among family caregivers of patients with mental illness in a neuropsychiatric outpatient clinic in Nigeria. *PLoS One* 2021;16(5):e0250309.
15. Brady P, Kangas M, McGill K. What works in family psychoeducation for depression? A component analysis of a six-week program for family-carers of people with depression. *Aust Community Psychol* 2017;28(2):67-84.
16. Cheng WL, Chang CC, Griffiths MD, Yen CF, Liu JH, Su JA, et al. Quality of life and care burden among family caregivers of people with severe mental illness: mediating effects of self-esteem and psychological distress. *BMC Psychiatry* 2022;22(1):1-15.
17. Ridner SH. Psychological distress: concept analysis. *J Adv Nurs* 2004;45(5):536-45.

18. Kessler RC, Mroczek DK. Final versions of our non-specific psychological distress scale. Ann Arbor (MI): Survey Research Center of the Institute for Social Research, University of Michigan; 1994.
19. Pitanupong J, Tuntikitjakun C. Burden among relatives of individuals with depression in southern Thailand: a university hospital-based cross-sectional survey. *J Health Sci Med Res* 2023;41(5):1-14.
20. McGill KM. An examination of predictors of mental health, efficacy and dissemination of a group education program for carers of people with depression. [Internet]. Macquarie University; 2016 [cited 2025 Mar 12]. Available from: https://figshare.mq.edu.au/articles/thesis/An_examination_of_predictors_of_mental_health_efficacy_and_dissemination_of_a_group_education_program_for_carers_of_people_with_depression/19442048/1.
21. Wasley D, Eden S. Predicting psychological distress of informal carers of individuals with major depression or bipolar disorder. *Int J Ment Health Nurs* 2018;27(1):358-67.
22. Olawale KO, Mosaku KS, Fatoye FO, Mapayi BM, Oginni OA. Caregiver burden in families of patients with depression attending Obafemi Awolowo University teaching hospitals complex Ile-Ife Nigeria. *Gen Hosp Psychiatry* 2014;36(6):743-7.
23. Massé R. Qualitative and quantitative analyses of psychological distress: methodological complementarity and ontological incommensurability. *Qual Health Res* 2000;10(3):411-23.
24. Li Q, Lin Y, Xu Y, Zhou H. The impact of depression and anxiety on quality of life in Chinese cancer patient-family caregiver dyads, a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2018;16(1):1-15.
25. Konetzka RT, Spector W, Limcangco MR. Reducing Hospitalizations From Long-Term Care Settings. *Med Care Res Rev* 2008;65(1):40-66.
26. Chaiwannawat T. Roles of psychiatric nurses for mental health promotion and mental illness prevention. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2017;31(2):16-30. (in Thai)
27. Sin J, Gillard S, Spain D, Cornelius V, Chen T, Henderson C. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2017;56:13-24.
28. McFarlane WR. Psychoeducational multifamily groups for families with persons with severe mental illness. In: Lebow JL, editor. *Handbook of clinical family therapy*. Hoboken (NJ): Wiley; 2005. p. 195-227.
29. McDonnell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DG. Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Fam Process* 2003;42(1):91-103.
30. Katsuki F, Takeuchi H, Konishi M, Sasaki M, Murase Y, Naito A, et al. Pre-post changes in psychosocial functioning among relatives of patients with depressive disorders after brief multifamily psychoeducation: a pilot study. *BMC Psychiatry* 2011;11:56.
31. Yamano S, Upasen R. The effect of coping skills enhancement program on psychological distress in caregivers of person with schizophrenia. *Nursing Journal* 2020;47(2):310-19. (in Thai).



32. Behrouian M, Ramezani T, Dehghan M, Sabahi A, Zarandi BE. The effect of emotion regulation training on stress, anxiety, and depression in family caregivers of patients with schizophrenia: a randomized controlled trial. *Community Ment Health J* 2020;56(6):1095-102.
33. McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(8):679-87.
34. Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty GE. Schizophrenia and the family: a practitioner's guide to psychoeducation and management. New York: Guilford Press; 1986.
35. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW. Family care of schizophrenia: a problem-solving approach to the treatment of mental illness. New York: Guilford Press; 1984.
36. Sherman MD, Fischer EP, Sorocco K, McFarlane WR. Adapting the multifamily group model to the Veterans Affairs system: the REACH program. *Prof Psychol Res Pract* 2009;40(6):593-600.
37. Rakkarn J. The effect of family psychoeducation program on burden among family caregivers of schizophrenic patients in community. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2006. (in Thai).
38. Laorsuwan P, Jiratjintana N. The effects of a family psychoeducation program on caregiver burden of caregivers of schizophrenic patients receiving home visits services in Bangkok. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry* 2018;12(2):37-47. (in Thai).
39. Creado DA, Parkar SR, Kamath RM. A comparison of the level of functioning in chronic schizophrenia with coping and burden in caregivers. *Indian J Psychiatry* 2006;48(1):27-33.
40. Savundranayagam MY, Montgomery RJV, Kosloski K, Little TD. Impact of a psychoeducational program on three types of caregiver burden among spouses. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26(4):388-96.
41. Raj EA, Shiri S, Jangam KV. Subjective burden, psychological distress, and perceived social support among caregivers of persons with schizophrenia. *Indian J Soc Psychiatry* 2016;32(1):42-9.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารแพทย์นาวิ

วารสารแพทย์นาวิ เป็นวารสารของกรมแพทย์ทหารเรือ จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และเวชศาสตร์ทางทะเล บทความที่ตีพิมพ์ ประกอบด้วย บทความวิจัย บทความวิชาการ สิ่งประดิษฐ์ รายงานผู้ป่วย และบทความพิเศษ โดยไม่มีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ บทความทุกเรื่องจะผ่านการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่ได้รับการแต่งตั้งจากกรมแพทย์ทหารเรือ อย่างน้อยเรื่องละ 2 ท่าน ด้วยวิธีการปิดบังชื่อผู้ประเมินและผู้นิพนธ์ (Double-blind peer review) ทั้งนี้บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่หรืออยู่ในระหว่างเสนอตีพิมพ์ในวารสารอื่น

วารสารแพทย์นาวิ มีขั้นตอนการดำเนินการจัดทำ ดังนี้

1. กองบรรณาธิการ ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของต้นฉบับ
2. กองบรรณาธิการ จัดส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) ในสาขาวิชานั้นๆ พิจารณากลั่นกรอง ใช้เวลาในการพิจารณากลั่นกรองครั้งที่ 1 ประมาณ 4 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ในครั้งที่ 2 (ถ้ามี)
3. กองบรรณาธิการ จัดส่งผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้นิพนธ์แก้ไข ให้เวลาแก้ไข 2 สัปดาห์ในครั้งที่ 1 และ 1 สัปดาห์ในครั้งที่ 2
4. กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ภายหลังจากแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ถ้าไม่มีการแก้ไขส่งให้บรรณาธิการพิจารณาอีกครั้ง
5. กองบรรณาธิการ จัดพิมพ์ต้นฉบับ และส่งให้ผู้นิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของบทความ
6. กองบรรณาธิการ ส่งต้นฉบับให้โรงพิมพ์ หลังจากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของบทความทั้งฉบับ
7. กองบรรณาธิการดำเนินการเผยแพร่ในระบบออนไลน์

ประเภทของบทความที่ตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article) ได้แก่ บทความผลงานวิจัยที่ทำการขึ้นใหม่ มีหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

- 1.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 1.3 หน่วยงานสังกัดของผู้นิพนธ์ ให้ระบุชื่อหน่วยงานหรือสถาบัน และใส่ E-mail ของผู้นิพนธ์หลัก

(Corresponding Author)

1.4 บทคัดย่อ เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เขียนสรุปสาระสำคัญของเรื่อง โดยบทคัดย่อภาษาไทยและบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่เกิน 300 คำต่อบทคัดย่อ (ไม่รวมคำสำคัญ) โดยให้นำบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) โดยบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีเนื้อหาตรงกันใช้อักษรตัวตรง จะใช้ตัวเอนเฉพาะศัพท์วิทยาศาสตร์ บทคัดย่อภาษาอังกฤษควรผ่านการตรวจสอบความถูกต้องทางหลักภาษาและไวยากรณ์โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษมาแล้ว



1.5 คำสำคัญ ระบุคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ ไม่ควรเกิน 5 คำ

1.6 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา เป็นส่วนของเนื้อหาที่บอกความเป็นมาและเหตุผลนำไปสู่การศึกษาวิจัยและควรอ้างอิงงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

1.7 วัตถุประสงค์การวิจัย ให้ชี้แจงถึงจุดมุ่งหมายของการศึกษา

1.8 วิธีการศึกษา ต้นฉบับด้านวิทยาศาสตร์ควรอธิบายเกี่ยวกับเครื่องมือ อุปกรณ์ สารเคมี และวิธีการที่ใช้ในการวิจัย ต้นฉบับด้านสังคมศาสตร์ควรอธิบายวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึง ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

1.9 ผลการวิจัย เป็นการเสนอสิ่งที่ได้จากการวิจัยเป็นลำดับ อาจแสดงด้วยตาราง กราฟ แผนภาพ ประกอบการอธิบาย ทั้งนี้ถ้าแสดงด้วยตารางควรเป็นตารางแบบไม่มีเส้นขอบตารางด้านซ้ายและขวา หัวตารางแบบธรรมดาไม่มีสี ตารางควรมีเฉพาะที่จำเป็น ไม่ควรมีเกิน 5 ตาราง สำหรับรูปภาพประกอบควรเป็นรูปที่ชัดเจนและมีคำบรรยายได้รูป

1.10 การอภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะจากการวิจัย เป็นการสรุปผลที่ได้จากการวิจัย ควรมีการอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบการทดลองของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นด้วยตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงการนำไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1.11 กิตติกรรมประกาศ เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ (อาจมีหรือไม่มีก็ได้)

1.12 เอกสารอ้างอิง เป็นการอ้างอิงเอกสารในเนื้อหาให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ไม่ควรเกิน 25 รายการ สามารถศึกษาได้จาก “ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิง”

2. บทความวิชาการ (Academic article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะจากวารสารต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ นำมาวิเคราะห์ วิจัย เปรียบเทียบ เพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นยิ่งขึ้น ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ ประกอบด้วย บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ เนื้อหา วิจัย บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

3. สิ่งประดิษฐ์ (Innovations) กล่าวถึงสิ่งประดิษฐ์ ซึ่งจะเน้นรายละเอียดของส่วนประกอบ และการทดลองใช้สิ่งประดิษฐ์ ข้อดี ข้อเสีย ที่เกิดขึ้น โดยมีการทดลองตามขั้นตอน มีสถิติสนับสนุนวิจารณ์ เหมือนกับการเขียนบทความวิจัย

4. รายงานผู้ป่วย (Case reports) เป็นผู้ป่วยที่น่าสนใจต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ รายงานผู้ป่วยมีประวัติการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เสนอข้อคิดเห็น สรุป วิจัย และเอกสารอ้างอิง

5. บทความพิเศษ (Special topic) เป็นบทความภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษที่น่าสนใจและทันสมัยที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ทางทะเล หรือวิทยาการด้านการแพทย์ การพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประกอบด้วย บทนำ เนื้อหา บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

การเตรียมต้นฉบับ

1. ขนาดของต้นฉบับ พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด (Microsoft word) โดยใช้รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 15 พิมพ์แบบเสมอนหน้า-หลัง (Justified) เว้นระยะขอบทุกด้านของหน้ากระดาษอย่างน้อย 1 นิ้ว การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวพิมพ์เล็ก จะใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ที่เป็นตัวอักษรตัวแรกของคำ (ตัวอย่าง Depression) หรือชื่อเฉพาะ (ตัวอย่าง Content Validity Index: CVI) และให้ใส่เลขหน้าทุกหน้าที่มีบนหน้า ความยาวบทความไม่ควรเกิน 15 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง)

2. การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง หากอ้างผลงานหรือคัดลอกข้อความของผู้แต่งคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ การอ้างอิงให้ใส่หมายเลขกำกับไว้ด้านบน (ด้วยก) ที่ข้างท้ายของชื่อเจ้าของผลงานหรือข้อความที่คัดลอกมา ไม่ต้องใส่วงเล็บตัวเลข โดยตัวเลขนั้นๆ หมายถึง ลำดับที่ของการเรียงเอกสารอ้างอิงไว้ข้างท้ายบทความ การเรียงหมายเลขให้เริ่มต้นด้วยเลข 1 ซึ่งให้ตรงกับหมายเลขของเอกสารอ้างอิงท้ายบทความนั้น แล้วเรียงลำดับไปเรื่อยๆ หากมีการอ้างอิงหรือมีการคัดลอกข้อความนั้นซ้ำอีก ให้ใช้หมายเลขเดิม

3. เอกสารใบรับรองจริยธรรม ผู้นิพนธ์ต้องแสดงข้อความในบทความ หัวข้อ “การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง” ว่าได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในกรณีที่เป็นวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัยในมนุษย์ ตามเงื่อนไขของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ โดยระบุเลขหนังสือที่อนุมัติ วันที่รับรอง และวันสิ้นสุดการรับรอง และขอให้ผู้นิพนธ์ส่งไฟล์เอกสารใบรับรองจริยธรรมให้กองบรรณาธิการ โดยแนบ PDF ไฟล์ และอัปโหลดไฟล์ที่ขั้นตอน Upload Submission พร้อมกันกับไฟล์บทความวิจัย หรือจะแนบมาในช่อง Discussion ซึ่งจะมีให้ผู้นิพนธ์ Add ไฟล์เพิ่มได้ แต่ต้องเพิ่มทีละไฟล์ โดยเลือก Upload File ตรง ส่วนประกอบบทความ (Article Component) เป็นประเภท ไฟล์บทความ (Article Text)

4. การส่งบทความต้นฉบับ

Submission บทความใน Website: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal>

5. เกณฑ์การประเมินบทความ

เมื่อผู้นิพนธ์ส่งบทความเข้ามาในระบบ กองบรรณาธิการจะพิจารณาเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร รวมทั้งความถูกต้องของรูปแบบทั่วไป ถ้าไม่ผ่านการพิจารณาจะส่งกลับเพื่อทำการแก้ไข ถ้าผ่านจะเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นจะส่งผลการประเมินคืนผู้นิพนธ์ เพื่อให้แก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล



6. แนวทางการพิจารณาตอบรับหรือปฏิเสธการตีพิมพ์

• ถ้าเป็นบทความวิจัย ต้องผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยต้องแนบไฟล์เอกสารรับรอง ที่มีการระบุชื่อเรื่องท่อนุมัติ เลขหนังสือท่อนุมัติ วันที่รับรอง และวันสิ้นสุดการรับรอง

• ผ่านการประเมินคุณภาพบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 2 ท่าน ได้ผลสรุปการประเมินที่ชัดเจนว่าจะตอบรับหรือปฏิเสธการตีพิมพ์

• ผู้นิพนธ์ได้ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว

• กองบรรณาธิการได้ตรวจสอบแล้วว่าบทความที่ส่งมาตีพิมพ์นั้นไม่มีการลอกเลียนหรือตัดทอนมาจากผลงานของผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาตหรือปราศจากการอ้างอิง หรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อน

• การติดต่อผู้นิพนธ์เพื่อการตรวจแก้ไขหรือตอบรับ/ปฏิเสธการตีพิมพ์จะกระทำผ่านทางระบบวารสารออนไลน์ (Thai Journal Online System: ThaiJO)

7. ลิขสิทธิ์

ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารแพทย์นาวิถือเป็นลิขสิทธิ์ของกรมแพทย์ทหารเรือ ห้ามนำข้อความทั้งหมดหรือบางส่วนไปพิมพ์ซ้ำ เว้นเสียแต่ว่าจะได้รับอนุญาตจากกรมแพทย์ทหารเรือเป็นลายลักษณ์อักษร

8. ความรับผิดชอบ

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

.....

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงของวารสารแพทย์นาวิ

วารสารแพทย์นาวิใช้การอ้างอิงระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) การอ้างอิงเอกสารไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำราบางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

- รายชื่อผู้แต่ง ให้เริ่มต้นด้วยนามสกุลของผู้เขียนคนแรก ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อต้นและชื่อกลาง ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมายจุลภาค (Comma) หลังชื่อทุกคน หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.
- หากเอกสารอ้างอิงเป็นภาษาไทยให้ผู้เขียนปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายเอกสารอ้างอิงว่า (in Thai)
- โปรดสังเกตชนิดของตัวอักษร เครื่องหมาย การวรรคตอน และช่องไฟ ของตัวอย่างที่แสดงดังต่อไปนี้

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

- หนังสือ (Book)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Marquis BL, Hunton CL. Leadership role and management function in nursing: theory and application. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 2000.
2. Harnyoot O. Fundamentals of nursing: principles and practices. Bangkok: 2nd ed. Bangkok: Thana Aroonkarnpim; 2026. (in Thai).

- อ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in book)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบท. ใน: ใส่ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. เลขหน้าแรกของบท-เลขหน้าสุดท้ายของบท.

ตัวอย่าง

1. Ahmed S, Kileny PR. Diagnostic audiology. In: O'Neill JP, Shah JP, editors. Self- assessment in otolaryngology. Philadelphia: Elsevier; 2017. p. 123-60.
2. Chaiyakul T. Diving related physiology. In: Chaiyakul T, editor. Underwater medicine. Bangkok: Natikul Press; 2022. p. 21-41. (in Thai).



- **วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์ (Thesis/Dissertation)**

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อวิทยานิพนธ์. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต/วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต, ชื่อคณะ].
ชื่อสถาบันการศึกษา; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Shangyom D. Self-care behaviors in older persons with upper respiratory tract infection. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Mahidol University; 2018. (in Thai).
2. Wongtienlai K. Academic management strategies of nursing college under the jurisdiction of Ministry of Defence based on the concept of innovator competencies of nursing students. [Doctoral Dissertation, Faculty of Education]. Chulalongkorn University; 2019. (in Thai).

- **รายงานการวิจัย (Research report)**

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. [รายงานการวิจัย]. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Urairat A, Yenyuak C. Quality of life in private university student, Pathum Thani province. [Research Report]. Pathum Thani: Rangsit University; 2017. (in Thai.)

- **รายงานจากการประชุมทางวิชาการ (Conference proceedings)**

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่จัดประชุม; สถานที่จัด. เมืองที่จัดพิมพ์:
สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

ตัวอย่าง

Horneland AM. Cooperating network of telemedical maritime assistance services: TMAS. To the future of Thai maritime medicine; 2015 November 11-12. Montien Riverside Hotel, Bangkok. Samut Prakan: 2Twin Printing; 2015. p. 1-8.



- **วารสาร (Journal)**

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่องในวารสาร. ชื่อย่อวารสาร ปี;ปีที่พิมพ์(ฉบับที่พิมพ์):หน้าที่อ้างถึง
หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

ตัวอย่าง

1. Zhang Q, Guo W, Lu Y, Wang Y, Wang J, Wang B, et al. Efficacy and safety of hyperbaric oxygen therapy for femoral head necrosis: a systematic review and meta-analysis. Clin Rehabil 2021;35(8):1157-67.
2. Jitautai W, Masingboon K, Mounkum S. Factors influencing medication adherence in hypertensive patients without complications. RTN Med J 2021;49(2):417-33. (in Thai).

- **เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic material)**

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. [ประเภทของสื่อ]. [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. แหล่งที่มา: address ของ
แหล่งสารสนเทศ.

ตัวอย่าง

1. Joanna Briggs Institute. JBI critical appraisal tools. [Internet]. [cited 2023 Dec7]. Available from: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>.
2. Samutprakan Hospital. Annual statistical report B.E.2563-2565. [Internet]. [cited 2023 Jan 11]. Available from: <http://www.spko.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/03/1>. (in Thai).

.....



แบบฟอร์มส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์ในวารสารแพทย์นาวี

1. ชื่อ - สกุลผู้พิมพ์คนที่ 1 (ภาษาไทย).....
ชื่อ - สกุลผู้พิมพ์ (ภาษาอังกฤษ).....
ตำแหน่ง.....สถาบันที่สังกัด.....
สถานที่ติดต่อผู้พิมพ์
ที่อยู่ เลขที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....Line ID:.....
- ชื่อ - สกุลผู้พิมพ์คนที่ 2 (ภาษาไทย).....
ชื่อ - สกุลผู้พิมพ์ (ภาษาอังกฤษ).....
ตำแหน่ง.....สถาบันที่สังกัด.....
สถานที่ติดต่อผู้พิมพ์
ที่อยู่ เลขที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....Line ID:.....
- ชื่อ - สกุลผู้พิมพ์คนที่ 2 (ภาษาไทย).....
ชื่อ - สกุลผู้พิมพ์ (ภาษาอังกฤษ).....
ตำแหน่ง.....สถาบันที่สังกัด.....
สถานที่ติดต่อผู้พิมพ์
ที่อยู่ เลขที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....Line ID:.....
- ในกรณีที่ผู้พิมพ์กำลังศึกษาในระดับคุณวุฒิบัณฑิต/มหาบัณฑิต โปรตระบุ
ชื่อหลักสูตร.....สาขาวิชา.....แขนงวิชา(ถ้ามี).....
คณะ.....สถาบันการศึกษา.....
2. ประเภทของบทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ ☐ สิ่งประดิษฐ์ ☐ รายงานผู้ป่วย
* ในกรณีเป็นงานวิจัย โปรตระบุแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย.....
3. ต้องการผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมิน จำนวน ☐ 2 ท่าน ☐ 3 ท่าน
4. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย).....
(ภาษาอังกฤษ).....
5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า
☐ บทความฯ ที่ส่งมาไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดวารสารหนึ่งมาก่อนและไม่อยู่ระหว่างเสนอขอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
☐ เนื้อหาในบทความฯ เกิดจากการสังเคราะห์ความคิดขึ้นโดยผู้พิมพ์เอง ไม่ได้ลอกเลียนหรือคัดลอกมาจากผลงานของผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต/ปราศจากการอ้างอิง หรือได้ผ่านการตรวจสอบการลอกเลียนงานวรรณกรรมด้วยระบบอักขรวิสุทธิ์/โปรแกรมอื่นที่เทียบเคียง พร้อมแนบหลักฐาน (ถ้ามี)
☐ เตรียมต้นฉบับบทความตามรูปแบบที่วารสารกำหนดใน “คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ”
☐ บทความวิจัย ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว
☐ บทความฯ ที่ส่งมาได้รับความเห็นชอบจากผู้พิมพ์ร่วมทุกท่านแล้ว
☐ ยินดีแก้ไขบทความตามผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) และบรรณาธิการเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด
6. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บทความฯ ที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นลิขสิทธิ์ของวารสารแพทย์นาวี ไม่สามารถนำไปตีพิมพ์ซ้ำในวารสารฉบับอื่นได้
ลงชื่อ
(.....)
ผู้ส่งบทความ (ผู้พิมพ์หลัก)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
7. ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก (คุณวุฒิ/วิทยานิพนธ์)
ได้ตรวจสอบบทความนี้แล้วขอรับรองว่าองค์ประกอบและเนื้อหาของบทความนี้มีความสมบูรณ์และถูกต้องตามหลักวิชาการ
เห็นควรให้ตีพิมพ์เผยแพร่ได้
ลงชื่อ
(.....)
ผู้ส่งบทความ (ผู้พิมพ์หลัก)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....





วิสัยทัศน์ กรมแพทยทหารเรือ

กรมแพทยทหารเรือ เป็นองค์การแพทยทหารที่มีคุณภาพสูงในระดับภูมิภาค
ที่กองทัพเรือและประชาชนเชื่อมั่นและภาคภูมิใจ

พันธกิจ

กรมแพทยทหารเรือ มุ่งมั่นสนับสนุนภารกิจทางทหารและบริการสุขภาพ
แก่กำลังพลกองทัพเรือ ครอบครัว และประชาชน ด้วยมาตรฐานระดับสากล
และหัวใจแห่งการอุทิศตน โดยมีภารกิจหลัก ดังนี้

- สนับสนุนภารกิจของกองทัพเรือ
- ยกระดับบริการทางการแพทย์
- สร้างบุคลากรการแพทย์ที่มีคุณภาพ
- วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์
- เสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือในระดับชาติและนานาชาติ

แผนยุทธศาสตร์กรมแพทยทหารเรือ พ.ศ. 2569 - 2575



สำนักงานกองบรรณาธิการ
กองวิชาการ ศูนย์วิชาการ กรมแพทยทหารเรือ
504/56 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบวรบุรี
เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600

