



วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

ISSN 2985-0150 (ONLINE)

ปีที่ 9 ฉบับ 1 มกราคม – เมษายน 2569  
(Vol. 9 No.1 January – April 2026)



ศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (THAI JOURNAL CITATION INDEX: TCI)

กลุ่มที่ 1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รับผิดชอบเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Academic articles) และบทความวิจัย (Research articles) ซึ่งต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรืออยู่ระหว่างส่งตีพิมพ์ในวารสารอื่น ยกเว้นผลงานที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มีรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ (Proceedings) วารสารมีคณะกรรมการพิจารณา (Peer-review) ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจากหลากหลายสถาบัน พิจารณาคุณภาพของบทความทุกเรื่อง ก่อนการตีพิมพ์ สำหรับบทความวิชาการ อย่างน้อย 2 ท่าน และบทความวิจัย อย่างน้อย 3 ท่าน แบบ Double blinded โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุล และหน่วยงานของทั้งผู้เขียนและผู้ประเมินบทความ ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการในการแลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และในการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง

### สำนักงานวารสาร

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนคีรีรัฐยา ตำบลธงชัย  
อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000  
โทรศัพท์ 0-32427049 – 50 ต่อ 115  
จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ที่ [journal@pckpb.ac.th](mailto:journal@pckpb.ac.th)

หมายเหตุ: บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน  
มิใช่ของกองบรรณาธิการ และมีข้อความรับผิดชอบต่อวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

### ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์กำแหง จาตุรจินดา  
ศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร  
ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวนิดา ชื่นกองแก้ว

### บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุไรรัตน์ ดวงจันทร์

### กองจัดการ

อาจารย์ทิพย์วัลย์ มีทรัพย์  
นางโสภิษฐ์ มิตรดี

### เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
คณะพยาบาลศาสตร์  
สถาบันพระบรมราชชนก  
กระทรวงสาธารณสุข

### กำหนดเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์

#### ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนเมษายน  
ฉบับที่ 2 เดือนสิงหาคม  
ฉบับที่ 3 เดือนธันวาคม

วารสารอิเล็กทรอนิกส์ (online journal) ISSN  
2985-0150 (Online)

ได้รับการรับรองจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสาร  
ไทย (Thai Journal Citation Index: TCI) กลุ่มที่  
1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พ.ศ. 2568-2572)

### กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
ศาสตราจารย์เกียรติคุณบุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี  
สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
ศาสตราจารย์รัตน์ศิริ ทาโต  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์สายสมร เกลยกิตติ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
รองศาสตราจารย์สุตาภรณ์ พัยคมเรือง  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
รองศาสตราจารย์ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
รองศาสตราจารย์สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล  
สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
รองศาสตราจารย์วัลย์พร นันทศุภวัฒน์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต  
รองศาสตราจารย์ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์  
รองศาสตราจารย์วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
รองศาสตราจารย์อติญาณ์ ศรีเกษตรริน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา  
รองศาสตราจารย์มนพร ขาดิขานี  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต  
รองศาสตราจารย์อริญญา เชาวลิต  
สถาบันพระบรมราชชนก  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศุภกรใจ เจริญสุข  
สถาบันพระบรมราชชนก  
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ มีบุญมาก  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์รพีพรรณ นาคบุบผา  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์

## บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับการรับรองคุณภาพ จากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index: TCI) กลุ่มที่ 1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2568 - 2572 กองบรรณาธิการวารสาร จึงคงไว้ซึ่งมาตรฐานสำหรับบทความที่ลงตีพิมพ์ทุกเรื่อง ต้องได้รับการพิจารณากลั่นกรอง (Peer-review) จากผู้ทรงคุณวุฒีน้อย 3 ท่านต่อ 1 บทความวิจัย และอย่างน้อย 2 ท่านต่อ 1 บทความวิชาการ แบบ double blinded โดยจัดทำเป็นวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Online journal) ISSN 2985-0150 (Online)

สำหรับปีที่ 9 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569 นี้ มีบทความวิจัย (Research article) จำนวน 10 เรื่อง ซึ่งครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งมิติทางด้านร่างกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมทั้ง ในมิติของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเป็นโรค/ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ และการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การจัดการตนเอง การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแล การสนับสนุนของครอบครัว และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

กองบรรณาธิการวารสาร ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ สำหรับข้อเสนอแนะเพื่อให้บทความมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้ง กองจัดการวารสารทุกท่าน ที่สนับสนุนการดำเนินงานของวารสาร ผู้เขียนที่มีความประสงค์จะส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ สามารถนำส่งบทความตามลิงค์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck> ทั้งนี้ วารสารกำหนดจำนวนเรื่องในการตีพิมพ์เผยแพร่ ฉบับละประมาณ 10 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิชาการ 1-2 เรื่อง และบทความวิจัยประมาณ 8-9 เรื่อง และเพื่อให้สอดคล้องกับประกาศ ก.พ.อ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2568 ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2568 ทางวารสารขอปรับอัตราค่าธรรมเนียมในตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัย กรณีที่มีผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ จำนวน 3 ท่าน บทความละ 5,000 บาท กรณี 2 ท่าน บทความละ 4,000 บาท และบทความวิชาการ บทความละ 4,000 บาท

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุไรรัตน์ ดวงจันทร์

บรรณาธิการ

## สารบัญ

### □ บทความวิจัย

- การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์ 1
- Development and Effectiveness Evaluation of a Spiritual Dimension Nursing Model on Anxiety and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Chemotherapy at Nakornping Hospital
- ศิริกุล อินตะรังษี, กนกวรรณ จิตวิลัย, อรรถวิทย์ จันทศิริ\*
- Sirikul Intarungsee, Kanokwan Jitwilai, Utthawit Jansiri\*
- ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบเป็นทางการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดหนองบัวลำภู 19
- The Effectiveness of a Capacity-Building Program for Formal Caregivers in Caring for Dependent Older Adults in Nong Bua Lamphu Province
- ศุริมาศ สุพรรณภูวงษ์, สุทธิพร มุลศาสตร์\*, สมนึก สกุนหงส์โสภณ
- Sureemas Supannaphuwong, Sutteeporn Moolsart\*, Somnuk Sakunhongsoophon
- ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสมุทรสาคร 35
- The Effectiveness of a Lifestyle Modification Program Leading to Diabetes Remission for Patients with Type 2 Diabetes in Samutsakhon Province
- จิมาพร เกตุหิรัญ, สุทธิพร มุลศาสตร์\*, สมนึก สกุนหงส์โสภณ
- Jimaporn Kethirun, Sutteeporn Moolsart\*, Somnuk Sakunhongsoophon
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 52
- Factors Influencing the Intention to Engage in Advance Care Planning at the End of Life among Older Adults with Chronic Diseases
- ยิ่งยศ เทศหรั่ง, ดาราวรรณ รongเมือง\*, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา
- Yingyote Tedring, Daravan Rongmuang\*, Sakkarin Suwanwaha

## สารบัญ (ต่อ)

## □ บทความวิจัย (ต่อ)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ ความ  
คิดเห็นและประสบการณ์การให้บริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของบุคลากร  
ทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ 67

The Relationship between Health Literacy to Smoking Cessation  
Assistance Behavior, Opinions and Experiences of Health Service  
about E – Cigarette among Primary Healthcare Providers

ธนวัฒน์ รวมสุข, พัทธราภรณ์ ไชยสังข์\*, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, รุจิราภรณ์ มหานิล, พัชรี สุรัสโม

Tanawat Ruamsook, Patcharaphan Chaiyasung\*, Kunwadee Rojpaisarnkit,

Rujiraporn Mahanil, Patcharee Surusmo

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสุรินทร์ 82

Factors Influencing Depression among Adolescent Students Who Use  
E-Cigarettes in Surin Province

ธิดารัตน์ คณิงเพียร, สุขุมล แสนพวง\*, อรุณช ประดับทอง

Thidarat Kanungpiarn, Sukhumal Sanpuang\*, Oranute Pradubthong

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน  
จังหวัดเพชรบุรี 95

Factors Influencing Self-Management of Non-Communicable Disease  
Patients in the Community, Phetchaburi Province

วิไลวรรณ คมขำ, อัจฉรา สุขสำราญ\*, สถาพร แก้วจันทิก, วนิดา ยากำจัด

Wilaiwan Komkhum, Achara Suksamran\*, Starporn Thaeochanthuek, Wanita Yakumjad

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยรำวงมาตรฐาน  
บนตารางเก้าช่องร่วมกับการใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนักต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ  
และการทรงตัวของผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี 110

Effects of a Muscle-Strengthening Program Using Thai Traditional Ramwong  
Dance on a Nine-Square Grid Combined with Weighted Sandbags on  
Muscle Strength and Physical Balance in Older People in Suphanburi

วรรณิตา ยอยรูบ, นภาพณ จันทขัมมา\*, สุดา หันกลาง

Voranita Yoyrurub, Napaphen Jantacumma\*, Suda Hanklang

## สารบัญ (ต่อ)

### ☐ บทความวิจัย (ต่อ)

ปัจจัยทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 124

ของมารดาที่มีบุตรคนล่าสุดอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี

Factors Predicting the Duration of Exclusive Breastfeeding  
among Mothers of Children Aged 6 Months to 2 Years

นภาพรณ์ เกตุทอง, ชนุตพร สมใจ\*, SUCHADA BOONTHAM, PAILIN THUNGTHIN,

เกตกนก เกตุทอง, ชื่นสกุล แสงพิทักษ์, PAILIN KAEWKANLANA

Napaporn Gettong, Chanuttaporn Somjai\*, Suchada Boontham, Pailin Thungtin,

Ketkanok Kettong, Chuensakun Saengpitak, Pailin Kaewkanlana

เสียงสะท้อนของภาคีเครือข่ายต่อปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและแนวทางพัฒนา 140

ระบบสนับสนุนในชุมชน

Voices of Network Partners on Challenges in Psychiatric Care  
and Community Support System Development

สุจิตตา ฤทธิมนตรี, อรทัย พงษ์แก้ว\*, WASANA SURAPHAK, SUCHEEA TALUMPHAI,

ฐิติรัตน์ เวทย์ศิริยานันท์, อรุณรัตน์ ปัญจะ กลิ่นเกษร

Sujitta Ritmontree, Orathai Pongkaew\*, Wasana Suraphak, Sucheela Talumphai,

Titiratana Wetsiriyanan, Arunrat Pucha Glingasorn

### ☐ คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

157

## บทความวิจัย (Research article)

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณ  
ต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์

Development and Effectiveness Evaluation of a Spiritual Dimension  
Nursing Model on Anxiety and Quality of Life in Cancer Patients  
Receiving Chemotherapy at Nakornping Hospital

ศิริกุล อินทร์รังษี<sup>1</sup>, กนกวรรณ จิตวิลัย<sup>1</sup>, อรรถวิทย์ จันทศิริ<sup>2\*</sup>

Sirikul Intarungsee<sup>1</sup>, Kanokwan Jitwilai<sup>1</sup>, Utthawit Jansiri<sup>2\*</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: utthawit\_j@payap.ac.th)

(Received: September 20, 2025; Revised: January 8, 2026; Accepted: January 13, 2026)

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์ ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้ 1) ศึกษาสภาพการณ์และปัญหาในการพยาบาลมิติจิตวิญญาณ 2) พัฒนารูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล และแบบประเมินคุณภาพชีวิต มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .92 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ ภาระงานมากและเวลาไม่เพียงพอ ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน สภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย และความท้าทายในการสื่อสารเรื่องจิตวิญญาณ รูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจ ทักษะการรับฟังและรับรู้ ความรู้และประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณ การดูแลแบบองค์รวม และการบูรณาการจิตวิญญาณสู่การปฏิบัติ ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ การประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณ การวางแผนการดูแลรายบุคคล การดำเนินการดูแลตามแผน และการประเมินผลและติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลอง มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม ( $t = 3.50, 2.09; p < .001, .05$ ) และมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม ( $t = 3.02, 4.55; p < .01$ )

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพิงค์

Registered Nurse (Professional Level), Nakornping Hospital

<sup>2</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

Instructor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลมิติจิตวิญญาณ จัดสรรเวลาและทรัพยากรที่เหมาะสม และกำหนดนโยบายส่งเสริมการดูแลมิติจิตวิญญาณอย่างเป็นระบบ

**คำสำคัญ:** การพยาบาลทางจิตวิญญาณ, ความวิตกกังวล, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยมะเร็ง, เคมีบำบัด

## Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate a spiritual nursing care model for cancer patients receiving chemotherapy. The study was conducted in three phases: 1) exploration of the current situation and problems in spiritual nursing care, 2) development of a spiritual nursing care model, and 3) evaluation of the model's effectiveness. The sample consisted of 64 cancer patients undergoing chemotherapy, assigned to an experimental group ( $n = 32$ ) and a control group ( $n = 32$ ). Data were collected using the State-Trait Anxiety Inventory and the Functional Assessment of Cancer Therapy questionnaire, with Cronbach's alpha coefficients of .92 and .87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. The findings revealed that

1. Major problems and barriers to spiritual nursing care include excessive workload and limited time, lack of clear practice guidelines, non-conducive care environments, and difficulties in communicating about spiritual issues. The developed spiritual nursing care model comprises five components: compassion and understanding, listening and perceptual skills, spiritual knowledge and experience, holistic care, and integration of spirituality into nursing practice. Model implementation involved four processes: spiritual needs assessment, individualized care planning, implementation of the care plan, and continuous evaluation and follow-up.

2. The experimental group demonstrate significantly lower anxiety scores compared with pretest ( $t = 3.50, p < .001$ ) and the control group ( $t = 2.09, p < .05$ ). In addition, quality of life scores in the experimental group are significantly higher than at pretest ( $t = 3.02, p < .01$ ) and compare with the control group ( $t = 4.55, p < .01$ ).

It is recommended that nursing administrators support training programs to enhance nurses' spiritual care competencies, allocate adequate time and resources, and establish systematic policies to integrate spiritual care into routine nursing practice.

**Keywords:** Spiritual nursing, Anxiety, Quality of life, Cancer patients, Chemotherapy

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2020 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 10 ล้านคน (World Health Organization, 2025) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าระหว่างปี พ.ศ. 2561-2565 มีผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 14,953, 13,492, 9,482, 8,419 และ 9,242 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเท่ากับ 2,972, 3,012, 2,890, 2,938, 3,190 ราย ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด การรักษาโรคมะเร็งมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด การรักษาด้วยฮอร์โมน และการรักษาแบบมุ่งเป้า โดยแพทย์จะพิจารณาเลือกวิธีการรักษาตามชนิดและระยะของโรค รวมถึงสภาพร่างกายของผู้ป่วย (National Comprehensive Cancer Network, 2024) อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาหลักที่แพทย์เลือกใช้ โดยออกฤทธิ์ทำลายเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว ซึ่งส่งผลกระทบต่อเซลล์ปกติด้วยเช่นกัน และทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่น ร่วง อ่อนเพลีย ติดเชื้อง่าย และชาปลายมือปลายเท้า (National Cancer Institute, 2023)

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นในมนุษย์เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนหรือมีความเสี่ยง เป็นปฏิกิริยาตามธรรมชาติที่ช่วยให้บุคคลเตรียมตัวรับมือกับปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ แต่ความวิตกกังวลที่มากเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและร่างกาย ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และลดประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกัน (American Psychological Association, 2023) และการรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสร้างความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.5 และระดับสูงร้อยละ 4.5 และสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาวิธีอื่น รวมทั้ง เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง (Velasco-Durante et al., 2024) คุณภาพชีวิต (quality of life: QOL) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานะความเป็นอยู่ของตนเองในบริบทของวัฒนธรรมและระบบค่านิยมที่ตนอาศัยอยู่ รวมถึงความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความห่วงใย ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ระดับต่ำถึงปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมี 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีจิตวิญญาณมีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากเกี่ยวข้องกับความหมายของชีวิต ความหวัง และการยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรได้รับการพิจารณาควบคู่กับการรักษาเคมีบำบัด โดยเฉพาะในระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลและรักษาให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย (Witwanukul et al., 2023)

การดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณ (spiritual healthcare in action: SHA) เป็นตัวชี้วัดคุณภาพสถานพยาบาล ตามเกณฑ์การรับรองตามมาตรฐาน สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ซึ่งความโดดเด่นด้านการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเป็นมาตรฐานที่ให้ความสำคัญกับการดูแลด้วยจิตวิญญาณ (Healthcare Accreditation Institute, 2023) การดูแลมิติจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและองค์รวม ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและกระบวนการฟื้นตัวจากการรักษา ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีพื้นที่ในการแสดงออกถึงความรู้สึกและความกลัว ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล

รูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจ และความเข้าใจ ทักษะการรับฟังและรับรู้ ความรู้ด้านจิตวิญญาณ การดูแลแบบองค์รวม และบูรณาการสู่การปฏิบัติ ซึ่งพบว่าช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและลดความทุกข์ทางจิตใจ (Moosavi et al., 2020) ลดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิต (Izgu et al., 2024) และการให้ความหมายในชีวิต ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (Kim et al., 2024) อย่างไรก็ตาม การพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นระบบ ทำให้การปฏิบัติเป็นไปตามความเข้าใจและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

โรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีหอผู้ป่วยพิเศษเคมีบำบัดและรังสีรักษา ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เฉลี่ย 150-180 รายต่อเดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ เต้านม และปอด พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลระดับปานกลางถึงสูงร้อยละ 45 - 55 และมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงต่ำ ร้อยละ 40 - 50 สำหรับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดตามมาตรฐานของโรงพยาบาลนครพิงค์ ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้ยาเคมีบำบัด การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงระหว่างให้ยา การให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และการวางแผนจำหน่าย (Nakornping Hospital, 2024) เน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก และยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณสูง เนื่องจากต้องเผชิญกับผลกระทบจากการรักษาที่รุนแรงและต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์ เพื่อช่วยบรรเทาความวิตกกังวลและส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะมิติด้านจิตวิญญาณซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมครบถ้วน ตามการพยาบาลแบบองค์รวมต่อไป

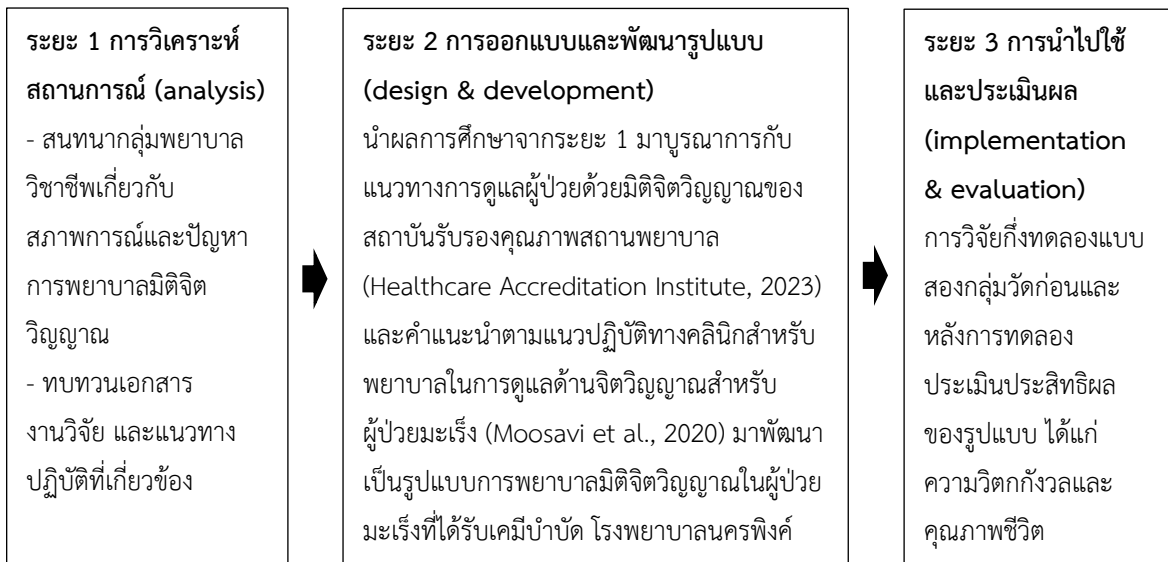
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์และปัญหาของการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์ ออกแบบตามขั้นตอนของโมเดล ADDIE ได้แก่ การวิเคราะห์ (A: analyze) การออกแบบ (D: design) การพัฒนา (D: development) การนำไปใช้ (I: implementation) และการประเมินผล (E: evaluation) (Branch, 2009) โดยบูรณาการ

ระหว่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้แก่ การประเมินความต้องการ การวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล (Healthcare Accreditation Institute, 2023) และ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วย มะเร็ง ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจ ทักษะการรับฟังและรับรู้ ความรู้และประสบการณ์ด้าน จิตวิญญาณ การดูแลแบบองค์รวม และบูรณาการจิตวิญญาณสู่การปฏิบัติ (Moosavi et al., 2020) ซึ่ง ช่วยลดความวิตกกังวลและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณ ต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (research & development: R & D) รายละเอียด ดังนี้

### 1. ศึกษาสภาพการณ์และปัญหาในการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์

โดยศึกษาแนวทางการการดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณที่ผ่านมา และการสนทนากลุ่มพยาบาล วิชาชีพเกี่ยวกับสภาพการณ์และปัญหาในการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน 2568 รายละเอียด ดังนี้

#### ผู้ให้ข้อมูลหลัก

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 5 คน ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน พยาบาลประจำการอาวุโส 2 คน และ พยาบาลประจำการ 2 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ผ่านการอบรมหลักสูตร เฉพาะทางเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง หรือ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด 3) ผ่านการอบรม หรือเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับการดูแลมิติจิตวิญญาณ และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามปลายเปิดและแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน และประสบการณ์ในตำแหน่งงาน

2. แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวทางการดูแลมิติจิตวิญญาณ และแนวทาง SHA เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ เกี่ยวกับสถานการณ์ของการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในปัจจุบัน ข้อดีและข้อเสีย ปัญหาและอุปสรรค และสิ่งสนับสนุนให้ประสบความสำเร็จ ตัวอย่างคำถาม ได้แก่ "ในปัจจุบันท่านดำเนินการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างไรบ้าง" "ท่านพบปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้างในการดูแลมิติจิตวิญญาณ" และ "ท่านคิดว่าปัจจัยใดที่จะช่วยให้การดูแลมิติจิตวิญญาณประสบความสำเร็จ"

ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 2 ท่าน ด้านการดูแลมิติจิตวิญญาณ 2 ท่าน และด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน และนำไปทดลองสนทนากับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน จำนวน 2 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของคำถาม

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานไปยังพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พร้อมทำหนังสือเชิญเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จากนั้นนัดหมายวันที่ เวลา สถานที่ ว่างล่วงหน้า 1 สัปดาห์

2. ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการสนทนากลุ่มให้ผู้ที่เกี่ยวข้องที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มรับทราบ พร้อมทั้งขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่ จำนวน 2 ครั้ง ใช้ระยะเวลาครั้งละ 45-60 นาที โดยใช้ครั้งที่ 1 เพื่อสำรวจสภาพการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรค และครั้งที่ 2 เพื่อสำรวจปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จและข้อเสนอแนะในการพัฒนา

## การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ทำการจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา แปลความหมายจากข้อมูลที่ได้ทั้งหมด เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ ดังนี้ 1) บันทึกเสียงและถอดความคำต่อคำ 2) ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 3) วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อยืนยันความถูกต้องของการตีความ และ 4) นำเสนอข้อมูลพร้อมคำพูดอ้างอิงจากผู้ให้ข้อมูล

## 2. พัฒนารูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์

ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน – พฤษภาคม 2568 ตาม ADDIE Model ดังนี้

2.1 การออกแบบ (Design) ผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการศึกษาระยะที่ 1 ซึ่งได้ประเด็นหลัก 4 ด้าน ได้แก่ สถานการณ์การพยาบาลมิติจิตวิญญาณในปัจจุบัน ข้อดีและข้อเสียของการดูแล ปัญหาและอุปสรรค และสิ่งสนับสนุนความสำเร็จ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณ (SHA) และแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง สังเคราะห์องค์ประกอบสำคัญของรูปแบบ จัดทำร่างรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณเบื้องต้น พร้อมเอกสารประกอบ ได้แก่ คู่มือการใช้รูปแบบ แบบประเมินความ

ต้องการทางจิตวิญญาณ แบบบันทึกการวางแผนการดูแลรายบุคคล และแบบบันทึกการติดตามและประเมินผล จากนั้นนำร่างรูปแบบเสนอต่อคณะทำงานพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในระยะที่ 1 จำนวน 5 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความสอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริง แล้วปรับปรุงร่างรูปแบบตามข้อเสนอแนะ

2.2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ (Development) นำร่างรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 2 ท่าน ด้านการดูแลมิติจิตวิญญาณ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและพัฒนา 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI) เท่ากับ 1.00 จากนั้นปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และจัดทำเอกสารประกอบการใช้รูปแบบฉบับสมบูรณ์

2.3 การคัดเลือกและเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ช่วยนักวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยพิเศษเคมีบำบัดและรังสีรักษา โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 4 คน โดยมีคุณสมบัติ ได้แก่ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ระยะเวลา 1 วัน (6 ชั่วโมง) ประกอบด้วยภาคทฤษฎี (2 ชั่วโมง) ภาคปฏิบัติ (3 ชั่วโมง) และการทดสอบความรู้และทักษะ (1 ชั่วโมง) กำหนดเกณฑ์ผ่านการอบรมที่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

2.4 การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยในการจัดเตรียมสถานที่สำหรับดำเนินกิจกรรมการดูแลมิติจิตวิญญาณ ได้แก่ มุมสงบสำหรับการพูดคุย ห้องสำหรับการทำสมาธิหรือสวดมนต์ และอุปกรณ์ประกอบกิจกรรม

### 3. ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest - posttest design) ระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2568 รายละเอียด ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยพิเศษเคมีบำบัดและรังสีรักษา โรงพยาบาลนครพิงค์

กลุ่มตัวอย่าง คือ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยพิเศษเคมีบำบัดและรังสีรักษา โรงพยาบาลนครพิงค์ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1.9. โดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ .80 และค่าความคลาดเคลื่อน .05 และขนาดอิทธิพลจากการศึกษาของ Naphon et al. (2022) เท่ากับ 6.93 จึงเลือกขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 32 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป 3) มีการรับรู้บุคคล สถานที่ และเวลาได้ถูกต้อง 4) พูด อ่าน เขียนสื่อสารภาษาไทยได้ 5) คะแนนการประเมินสมรรถภาพการทำ

กิจวัตรประจำวัน (Eastern Cooperative Oncology Group: ECOG) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน (Oken et al., 1982) และ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยปลอกกำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ได้แก่ ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือมีภาวะไข้เม็ดเลือดขาวต่ำ (febrile neutropenia) และเกณฑ์การยุติเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ 1) ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมหลังเข้าร่วมกิจกรรมแล้วระยะหนึ่ง และ 2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกกิจกรรม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดและแบบเลือกตอบ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิในการรักษาพยาบาล และข้อมูลที่บ้านที่มาจากข้อมูลเวชระเบียน ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ระยะของโรค สูตรยาเคมี จำนวนครั้งที่เข้ารับยาเคมีบำบัด และคะแนนการประเมินสมรรถภาพการทำกิจวัตรประจำวัน

1.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State-Trait Anxiety Inventory: STAI form Y-1) พัฒนาโดย Spielberger et al. (1983) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Thapinta (1991) เป็นการประเมินความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในสถานการณ์หนึ่ง ๆ จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ สำหรับข้อคำถามทางบวกระหว่าง 4 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย ตามลำดับจนถึง 1 คะแนน หมายถึง มีมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางด้านลบให้คะแนนตรงกันข้ามกัน คิดคะแนนรวมระหว่าง 20-80 คะแนน มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (20-39 คะแนน) ระดับปานกลาง (40-59 คะแนน) และระดับสูง (60-80 คะแนน)

1.3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (Functional Assessment of Cancer Therapy) ของ Ratanadarathorn et al. (2001) จำนวน 27 ข้อ เป็นการรับรู้ความผูก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย สังคม/ครอบครัว อารมณ์/จิตใจ และการปฏิบัติกิจกรรม เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนระหว่าง 0 - 4 คะแนน คิดคะแนนรวมระหว่าง 0 - 108 คะแนน การแปลผลคะแนน ระดับต่ำ (0-36 คะแนน) ระดับปานกลาง (37-72 คะแนน) และระดับสูง (73-108 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้จากการบูรณาการผลการศึกษาระยะที่ 1 ร่วมกับแนวคิด SHA และแนวปฏิบัติของ Moosavi et al. (2020) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจ ทักษะการรับฟังและรับรู้ ความรู้และประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณ การดูแลแบบองค์รวม และการบูรณาการจิตวิญญาณสู่การปฏิบัติ มีกระบวนการ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณ 2) การวางแผนการดูแลรายบุคคล 3) การดำเนินการดูแลตามแผน และ 4) การประเมินผลและติดตามอย่างต่อเนื่อง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ด้านการดูแลมิติจิตวิญญาณ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและพัฒนา มีค่า item-level content validity index (I-CVI) ของแบบสอบถามความวิตกกังวลเท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเท่ากับ 1.00 นำแบบสอบถามความวิตกกังวลและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย นำมาหาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92 และ .87 ตามลำดับ

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเข้าพบหัวหน้าพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ ณ หอผู้ป่วยพิเศษเคมีบำบัดและรังสีรักษา โรงพยาบาลนครพิงค์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย ตลอดจนขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมในช่วงเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2568 โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pretest) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างวันละ 2-3 ราย ตามผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์และนัดหมายมารับยาเคมีบำบัด ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที ผู้วิจัยดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดของโรงพยาบาลนครพิงค์ ได้แก่ การประเมินสภาพก่อนให้ยาเคมีบำบัด การเฝ้าระวังและจัดการอาการข้างเคียง การให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และการวางแผนจำหน่าย ระยะเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาทำแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest) ในวันที่กลุ่มตัวอย่างนัดมารับยาเคมีบำบัดครั้งถัดไป โดยทำแบบสอบถามก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที

3. ดำเนินการการวิจัยในกลุ่มทดลอง ในช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2568 รายละเอียด ดังนี้

3.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างวันละ 2-3 ราย ตามผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์และนัดหมายมารับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมการวิจัย (pretest) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที

3.2 ดำเนินการกิจกรรมตามรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้น สอบถามความเชื่อ ศาสนา ความกังวลและความต้องการ การวางแผนการดูแลรายบุคคลจากการกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การดำเนินการดูแลผ่านการจัดกิจกรรมตามแผน เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ การพูดคุยให้กำลังใจ การประเมินผลและติดตามผลทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัด รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมตามรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

| ขั้นตอน                              | กิจกรรม                                                                                                   | ระยะเวลา                                                |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. การประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณ | ใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้น สอบถามความเชื่อ ศาสนา ความกังวล และความต้องการของผู้ป่วย                        | ครั้งแรกที่เข้าร่วมโครงการ (15-20 นาที)                 |
| 2. การวางแผนการดูแลรายบุคคล          | กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว บันทึกในแบบบันทึกการวางแผนการดูแลรายบุคคล                | หลังการประเมิน (10-15 นาที)                             |
| 3. การดำเนินการดูแลตามแผน            | จัดกิจกรรมตามแผน เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ การพูดคุยให้กำลังใจ ตามความเชื่อของผู้ป่วย                    | ทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัด (20-30 นาที/ครั้ง) |
| 4. การประเมินผลและติดตาม             | ประเมินผลและติดตามความก้าวหน้าทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัด บันทึกในแบบบันทึกการติดตามและประเมินผล | ทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัด (10 นาที)          |

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และคะแนนความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่ม โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test:  $\chi^2$ ) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ซึ่งผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องข้อมูลมีการกระจายเป็นปกติโดยใช้สถิติการทดสอบ Shapiro-Wilk และค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่มเท่ากัน จากสถิติการทดสอบ Levene พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติและความแปรปรวนระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ )

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ NKP No. 217/67 ลงวันที่ 18 ธันวาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยอิสระ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ในระหว่างการวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา แบบสอบถามที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้วถูกเก็บมิดชิดในซองกระดาษและเก็บไว้ในตู้ที่ใส่กุญแจ ไฟล์ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและบันทึกในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านมีเพียงผู้วิจัยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ในการนำเสนอเป็นแบบภาพรวม และทำลายข้อมูลหลังจากผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

## ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์และปัญหาของการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์

1.1 ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 5 ท่าน โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-35 ปี ร้อยละ 40.00 ( $M = 34.20$ ,  $SD = 6.80$ ) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60.00 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษเคมีบำบัดและรังสีรักษา ร้อยละ 60.00 มีประสบการณ์เฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 40.00 ( $M = 7.40$ ,  $SD = 4.20$ )

1.2 สถานการณ์ของการพยาบาลมิติจิตวิญญาณจากการสนทนากลุ่ม พบว่า การพยาบาลมิติจิตวิญญาณในปัจจุบันดำเนินการโดยพยาบาลเป็นหลัก ประกอบด้วยการพูดคุยให้กำลังใจ การประสานงานกับพระหรือผู้นำทางศาสนา และการจัดสถานที่สำหรับปฏิบัติศาสนกิจ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการยังไม่เป็นระบบและขึ้นอยู่กับความเข้าใจของพยาบาลแต่ละคน ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

"เราก้ทำตามที่เราเข้าใจ บางทีก็พูดคุยให้กำลังใจ ถามว่าอยากให้พระมาเยี่ยมไหม แต่ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนว่าต้องทำอะไรบ้าง" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

1.3 ข้อดีของการดูแล ได้แก่ พยาบาลมีความตั้งใจดีในการดูแลผู้ป่วย มีพื้นที่สำหรับปฏิบัติศาสนกิจ และมีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ส่วนข้อเสีย ได้แก่ ขาดการประเมินความต้องการอย่างเป็นระบบ ขาดการบันทึกและติดตามผล และขาดการอบรมความรู้เฉพาะด้าน ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

"ข้อดีคือพยาบาลทุกคนมีใจอยากช่วยเหลือผู้ป่วย มีห้องสวดมนต์ให้ แต่ข้อเสียคือเราไม่ได้ประเมินความต้องการอย่างเป็นระบบ ไม่ได้บันทึกไว้ และไม่ได้ติดตามผล" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

1.4 ปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ 1) ด้านบุคลากรและภาระงาน พบว่าปัญหาสำคัญที่สุดคือเวลาในการดูแลไม่เพียงพอเนื่องจากอัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอ รวมถึงภาระงานที่มากจนไม่สามารถใช้เวลาดูแลด้านจิตใจได้เพียงพอ 2) ด้านระบบและแนวทางปฏิบัติ โรงพยาบาลขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้การดูแลเป็นไปตามความเข้าใจและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล 3) ด้านสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก แม้มีพื้นที่เงียบสำหรับการสวดมนต์และทำสมาธิ แต่ยังไม่เพียงพอและไม่เหมาะสม 4) ด้านการสื่อสารและความเข้าใจ พบความท้าทายในการสื่อสารเรื่องจิตวิญญาณเนื่องจากความหลากหลายทางศาสนาและความเชื่อ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

"ภาระงานเยอะมาก คนไข้เยอะ บางทีอยากนั่งคุยกับคนไข้ให้กำลังใจ แต่ไม่มีเวลา ต้องรีบไปดูคนไข้คนอื่น" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

"เรื่องจิตวิญญาณคุยยาก คนไข้แต่ละคนเชื่อไม่เหมือนกัน บางคนเป็นพุทธ บางคนเป็นคริสต์ บางคนไม่นับถือศาสนา เราไม่แน่ใจว่าจะพูดอย่างไรให้เหมาะสม" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

1.5 สิ่งสนับสนุนให้ประสบผลสำเร็จ ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหารทั้งด้านนโยบายและทรัพยากร การอบรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านการดูแลมิติจิตวิญญาณ การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม การสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพและครอบครัวผู้ป่วย ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

"ถ้าผู้บริหารสนับสนุน มีนโยบายชัดเจน จัดอบรมให้ความรู้ และมีแนวปฏิบัติที่ทำตามได้ง่าย การดูแลจิตวิญญาณจะดีขึ้นแน่นอน" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 56.25 และ 62.50 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ร้อยละ 65.63 และ 68.75 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 และ 53.12 ตามลำดับ มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 78.12 และ 87.50 ตามลำดับ ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 53.13 และ 62.50 ตามลำดับ มีระยะเวลาเจ็บป่วย 1–3 ปี ร้อยละ 71.88 และ 62.50 ตามลำดับ ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรที่มีออกซาลิแพลติน ร้อยละ 34.37 และ 40.63 ตามลำดับ และมีสมรรถภาพการทำงานกิจวัตรประจำวันระดับ 2 คือไม่สามารถทำงานได้ ร้อยละ 59.37 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| รายการ                                   | กลุ่มควบคุม (n = 32)<br>จำนวน (ร้อยละ) | กลุ่มทดลอง (n = 32)<br>จำนวน (ร้อยละ) | ค่าสถิติ          | p-value |
|------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|---------|
| <b>เพศ</b>                               |                                        |                                       | 1.00 <sup>a</sup> | .255    |
| ชาย                                      | 12 (37.50)                             | 16 (50.00)                            |                   |         |
| หญิง                                     | 20 (62.50)                             | 16 (50.00)                            |                   |         |
| <b>อายุ (ปี) (M = 57.64, SD = 14.43)</b> |                                        |                                       | 2.78 <sup>b</sup> | .425    |
| 30 – 39                                  | 6 (18.75)                              | 4 (12.50)                             |                   |         |
| 40 – 49                                  | 5 (15.62)                              | 2 (6.25)                              |                   |         |
| 50 – 59                                  | 3 (9.38)                               | 6 (18.75)                             |                   |         |
| มากกว่า 60                               | 18 (56.25)                             | 20 (62.50)                            |                   |         |
| <b>สถานภาพ</b>                           |                                        |                                       | 2.46 <sup>b</sup> | .293    |
| โสด                                      | 9 (28.13)                              | 5 (15.63)                             |                   |         |
| สมรส                                     | 21 (65.63)                             | 22 (68.75)                            |                   |         |
| หม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน                    | 6 (6.24)                               | 5 (15.62)                             |                   |         |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                     |                                        |                                       | 2.11 <sup>b</sup> | .550    |
| ประถมศึกษา                               | 16 (50.00)                             | 17 (53.12)                            |                   |         |
| มัธยมศึกษา                               | 9 (9.38)                               | 6 (18.75)                             |                   |         |
| อนุปริญญา                                | 7 (21.87)                              | 6 (18.75)                             |                   |         |
| ปริญญาตรี                                | 6 (18.75)                              | 3 (9.38)                              |                   |         |

ตาราง 2 (ต่อ)

| รายการ                                                          | กลุ่มควบคุม (n = 32)<br>จำนวน (ร้อยละ) | กลุ่มทดลอง (n = 32)<br>จำนวน (ร้อยละ) | ค่าสถิติ          | p-value |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|---------|
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)                                      |                                        |                                       | 1.51 <sup>b</sup> | .286    |
| น้อยกว่า 10,000                                                 | 25 (78.12)                             | 28 (87.50)                            |                   |         |
| 10,000 – 20,000                                                 | 6 (18.75)                              | 2 (6.25)                              |                   |         |
| มากกว่า 20,000                                                  | 1 (3.13)                               | 2 (6.25)                              |                   |         |
| สิทธิการรักษา                                                   |                                        |                                       | .70 <sup>a</sup>  | .704    |
| สวัสดิการข้าราชการ                                              | 6 (18.75)                              | 4 (12.50)                             |                   |         |
| ประกันสุขภาพถ้วนหน้า                                            | 17 (53.13)                             | 20 (62.50)                            |                   |         |
| ประกันสังคม                                                     | 9 (28.12)                              | 8 (25.00)                             |                   |         |
| ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง (ปี) ( $M = 3.14, SD = 2.16$ ) |                                        |                                       | 1.27 <sup>b</sup> | .530    |
| 1 – 3                                                           | 23 (71.88)                             | 20 (62.50)                            |                   |         |
| 4 – 6                                                           | 8 (25.00)                              | 9 (28.12)                             |                   |         |
| 7 – 10                                                          | 1 (3.12)                               | 3 (9.38)                              |                   |         |
| ระยะของโรค                                                      |                                        |                                       | 2.65 <sup>b</sup> | .448    |
| 1                                                               | 4 (12.50)                              | 1 (3.12)                              |                   |         |
| 2                                                               | 10 (31.25)                             | 9 (28.13)                             |                   |         |
| 3                                                               | 10 (31.25)                             | 10 (31.25)                            |                   |         |
| 4                                                               | 8 (25.00)                              | 12 (37.50)                            |                   |         |
| สูตรยาเคมีบำบัด                                                 |                                        |                                       | 1.29 <sup>a</sup> | .730    |
| ออกซาลิแพลติน                                                   | 11 (34.37)                             | 13 (40.63)                            |                   |         |
| แพลตินัม                                                        | 8 (25.00)                              | 10 (31.25)                            |                   |         |
| ฟลูออโรไพริมิดีน                                                | 6 (18.75)                              | 5 (15.62)                             |                   |         |
| อื่นๆ                                                           | 7 (21.88)                              | 4 (12.50)                             |                   |         |
| จำนวนครั้งที่เข้ารับเคมีบำบัด ( $M = 2.84, SD = 1.87$ )         |                                        |                                       | 4.82 <sup>b</sup> | .090    |
| 1 – 3                                                           | 27 (84.38)                             | 20 (62.50)                            |                   |         |
| 4 – 6                                                           | 3 (9.37)                               | 10 (31.25)                            |                   |         |
| 7 – 10                                                          | 2 (6.25)                               | 2 (6.25)                              |                   |         |
| สมรรถภาพการทํากิจวัตรประจำวัน                                   |                                        |                                       | .65 <sup>a</sup>  | .723    |
| ไม่มีข้อจำกัด                                                   | 4 (12.50)                              | 6 (18.75)                             |                   |         |
| มีข้อจำกัดเมื่อออกแรง                                           | 9 (28.13)                              | 7 (21.88)                             |                   |         |
| ไม่สามารถทำงานได้                                               | 19 (59.37)                             | 19 (59.37)                            |                   |         |

หมายเหตุ <sup>a</sup> = Chi-square test, <sup>b</sup> = Fisher's exact test

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า มีคะแนนความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 3.50, p < .001$ ) และมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 3.02, p = .005$ ) ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 2.42, p = .002$ ) แต่คะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ( $t = .53, p = .602$ ) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิต ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

| ตัวแปร               | ก่อนการทดลอง |      | หลังการทดลอง |      | Mean difference | t      | p-value |
|----------------------|--------------|------|--------------|------|-----------------|--------|---------|
|                      | M            | SD   | M            | SD   |                 |        |         |
| กลุ่มทดลอง (n = 32)  |              |      |              |      |                 |        |         |
| ความวิตกกังวล        | 36.06        | 9.56 | 30.06        | 9.55 | -6.00           | 3.50** | <.001   |
| คุณภาพชีวิต          | 52.94        | 6.01 | 57.75        | 9.68 | -4.81           | 3.02*  | .005    |
| กลุ่มควบคุม (n = 32) |              |      |              |      |                 |        |         |
| ความวิตกกังวล        | 38.50        | 7.02 | 34.84        | 8.71 | -3.66           | 2.42** | .002    |
| คุณภาพชีวิต          | 48.94        | 6.38 | 48.28        | 6.70 | .66             | .53    | .602    |

\* $p < .01$ , \*\* $p < .001$

2.3 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลอง ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.09, p = .041$ ) และมีคะแนนความคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 4.55, p < .001$ ) รายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ( $n = 64$ )

| ตัวแปร        | กลุ่มทดลอง ( $n = 32$ ) |      | กลุ่มควบคุม ( $n = 32$ ) |      | Mean difference | $t$    | $p$ -value |
|---------------|-------------------------|------|--------------------------|------|-----------------|--------|------------|
|               | $M$                     | $SD$ | $M$                      | $SD$ |                 |        |            |
| ความวิตกกังวล | 30.06                   | 9.56 | 34.84                    | 8.71 | 4.78            | 2.09*  | .041       |
| คุณภาพชีวิต   | 57.75                   | 9.69 | 48.28                    | 6.70 | 9.47            | 4.55** | < .001     |

\* $p < .05$ , \*\* $p < .001$

## การอภิปรายผล

1. สภาพการณ์และปัญหาของการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์พบว่า มีข้อจำกัดด้านภาระงานมากและเวลาไม่เพียงพอ ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน สภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย และความท้าทายในการสื่อสารเรื่องจิตวิญญาณ แม้ว่าพยาบาลจะมีความตั้งใจดี ในการให้การดูแลแบบองค์รวม สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลมิติจิตวิญญาณยังไม่ได้รับการบูรณาการเข้าสู่ระบบ การพยาบาลอย่างเป็นระบบ การดำเนินการยังขึ้นอยู่กับความเข้าใจและประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anshasi et al. (2024) ที่พบว่า พยาบาลมีความตระหนักในความสำคัญของการดูแลมิติจิตวิญญาณ แต่ยังประสบอุปสรรคในการปฏิบัติ และการศึกษาของ Hynneklev et al. (2024) พบว่าการดูแลมิติจิตวิญญาณไม่ค่อยปรากฏในบันทึกการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็ง ปัญหาสำคัญที่พบคือการขาดเวลาเนื่องจากอัตรากำลังไม่เพียงพอและภาระงานมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Anshasi et al. (2024) พบว่า บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดเวลา และขาดความรู้และทักษะเป็นอุปสรรคต่อการให้การดูแลทางจิตวิญญาณ นอกจากนี้ ความท้าทายด้านการสื่อสารเรื่องจิตวิญญาณ สะท้อนถึงความหลากหลายทางศาสนาและความเชื่อในสังคมไทย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2024) ที่พบว่า ความต้องการทางจิตวิญญาณ มีความแตกต่างกันตามลักษณะส่วนบุคคลและวัฒนธรรม

สิ่งสนับสนุนความสำเร็จที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การอบรมพัฒนาศักยภาพ และการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งให้เห็นว่าการดูแลมิติจิตวิญญาณต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนในระดับองค์กร ไม่ใช่เพียงความตั้งใจของพยาบาลเป็นรายบุคคล ผลการศึกษานี้ สะท้อนว่าการดูแลมิติจิตวิญญาณต้องการการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ เนื่องจากการดูแลด้านนี้ต้องใช้เวลาและทักษะเฉพาะทาง หากขาดการสนับสนุนด้านนโยบายและทรัพยากร พยาบาลก็ไม่สามารถจัดสรรเวลาและดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McDarby et al. (2024) พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรและการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการดูแลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง

2. รูปแบบและประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มี 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจ ทักษะการรับฟังและรับรู้ ความรู้และประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณ การดูแลแบบองค์รวม และการบูรณาการจิตวิญญาณสู่การปฏิบัติ ซึ่งเกิดจากการบูรณาการตามแนวทาง SHA กับบริบทของโรงพยาบาลไทยโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moosavi et al. (2020) ที่พัฒนาการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจ ทักษะการรับฟังและรับรู้ ความรู้ด้านจิตวิญญาณ การดูแลแบบองค์รวม และการบูรณาการสู่การปฏิบัติ และการศึกษาของ Izgu et al. (2024) พบว่า การดูแลด้านจิตวิญญาณมีผลกระทบเชิงบวกต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน โดยการดูแลที่เป็นระบบช่วยเพิ่มความหวังในผู้ป่วย การเน้นให้พยาบาลเป็นแกนหลักในการประสานงาน รวมทั้ง การศึกษาของ McDarby et al. (2024) พบว่า พยาบาลมีบทบาทในการประสานงานและให้การดูแลต่อเนื่อง การให้ความสำคัญกับบทบาทของครอบครัวในรูปแบบที่พัฒนาขึ้น สะท้อนถึงวัฒนธรรมไทยและเอเชีย จึงมี

จุดเด่นต่างจากการพยาบาลมาตรฐานเดิมที่เน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก แต่รูปแบบนี้ มีการประเมินและดูแลมิติจิตวิญญาณอย่างเป็นระบบ เป็นการวางแผนการดูแลเฉพาะราย มีกิจกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วย และการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง จึงเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ

ด้านความวิตกกังวล พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดทั้งกลุ่ม มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 3.50, 2.42; p < .001, .05$ ) ซึ่งให้เห็นว่า การดูแลไม่ว่าจะเป็นแบบมาตรฐานหรือแบบเน้นมิติจิตวิญญาณ ล้วนมีส่วนช่วยลดความวิตกกังวลได้ สะท้อนว่าการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบช่วยสร้างความรู้สึกลดภัยให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การจัดการอาการข้างเคียง และการสนับสนุนจากทีมการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Velasco-Durantez et al. (2024) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีกลไกการปรับตัว และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมการรักษา การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอและเห็นความคืบหน้าในการรักษาช่วยลดความไม่แน่นอนและความกังวลได้ในระดับหนึ่ง แต่ผลการวิจัยยังพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.09, p < .05$ ) ซึ่งให้เห็นว่ารูปแบบใหม่นี้ มีประสิทธิผลในการลดความวิตกกังวลได้มากกว่า สะท้อนว่าการดูแลที่ครอบคลุมมิติจิตวิญญาณช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ลึกซึ้งกว่า เนื่องจากกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ การประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณ การวางแผนการดูแลรายบุคคล และการดำเนินกิจกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับและเข้าใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McDarby et al. (2024) ที่พบว่าการแสดงความเข้าใจต่อความทุกข์ของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความวิตกกังวล นอกจากนี้ ทักษะการรับฟังและรับรู้ของพยาบาลช่วยให้สามารถระบุและตอบสนองต่อความกังวลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างดี ส่งผลให้ความเครียดทางจิตใจลดลง

ด้านคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม ( $t = 3.02, 4.55; p < .01$ ) อาจเนื่องจาก กิจกรรมการดูแลที่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ผู้ป่วยและครอบครัวทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทัศนคติเชิงบวกต่อตนเองและสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Izgu et al. (2024) ที่พบว่า การดูแลด้านจิตวิญญาณช่วยลดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเครียดทางจิตใจ และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลมาตรฐาน มีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการพยาบาลมาตรฐานเน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก ไม่ได้ครอบคลุมมิติจิตวิญญาณอย่างเป็นระบบ

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างจำกัดจากโรงพยาบาลเดียวและผู้ป่วยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ทำให้การนำผลไปใช้กับประชากรที่หลากหลายมีข้อจำกัด มีการติดตามผลระยะสั้นเพียง 1 เดือน อาจไม่ทราบผลกระทบระยะยาว และความยั่งยืนของการดูแล รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลมิติจิตวิญญาณที่เหมาะสม และกำหนดนโยบายการนำรูปแบบการดูแลมิติจิตวิญญาณไปใช้อย่างเป็นระบบ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยติดตามผลของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณต่อเนื่องในระยะยาว 6-12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลการดูแล และติดตามผลกระทบต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว

## เอกสารอ้างอิง

- American Psychological Association. (2023). *Anxiety*. <https://www.apa.org/topics/anxiety>
- Anshasi, H., Fawaz, M., Aljawarneh, Y., Al-Tammemi, A. B., Anshasi, A., Ashour, A., Tuffaha, H., & Al-Delaimy, W. K. (2024). Exploring nurses' experiences of providing spiritual care to cancer patients: A qualitative study. *BMC Nursing*, 23(1), 207. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01830-2>
- Branch, R. M. (2009). *Instructional design: The ADDIE approach*. Springer.
- Healthcare Accreditation Institute. (2023). *Additional criteria for designing work systems with spiritual dimensions according to hospital and health service standards* (5<sup>th</sup> ed.). Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (in Thai)
- Hynnekleiv, I. I., Giske, T., & Heggdal, K. (2024). Traces of spiritual care in nursing records: A qualitative study of cancer care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 38(4), 924-935. <https://doi.org/10.1111/scs.13294>
- Izgu, N., Metin, Z. G., Eroglu, H., Semerci, R., & Pars, H. (2024). Impact of spiritual interventions in individuals with cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 71, 102646. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102646>
- Kim, Y., Nam, S. H., & Hwang, B. (2024). Effect of meaning-in-life interventions for advanced cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nursing Research*, 33(8), 648–658. <https://doi.org/10.1177/10547738241273315>
- McDarby, M., Miller, M., Rosa, W. E., Buller, H., & Ferrell, B. R. (2024). Multidisciplinary oncology clinicians' experiences delivering spiritual care to patients with cancer and their care partners. *Supportive Care in Cancer*, 32(9), 586. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08773-z>
- Moosavi, S., Borhani, F., Akbari, M. E., Sanee, N., & Rohani, C. (2020). Recommendations for spiritual care in cancer patients: A clinical practice guideline for oncology nurses in Iran. *Supportive Care in Cancer*, 28(11), 5381-5395. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05390-4>

- Nakornpink Hospital. (2024). *Service profile: Chemotherapy and radiotherapy special ward, Fiscal year 2024*. Nakornping Hospital. (in Thai)
- Naphon, M., Sohpaom, A., & Hongchai, S. (2022). Development of an information model for preparing liver cancer patients undergoing intra-arterial chemotherapy treatment. *Udon Thani Hospital Medical Journal*, 30(3), 319-328. (in Thai)
- National Cancer Institute. (2023). *Cancer statistics in Thailand*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Oken, M. M., Creech, R. H., Tormey, D. C., Horton, J., Davis, T. E., McFadden, E. T., & Carbone, P. P. (1982). Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology*, 5(6), 649-655.
- Ratanadarathorn, W., Sirilertrakul, S., Jirajarus, M., Silpakij, C., Manichavakit, J., Sailamai, P., & Sirisinha, T. (2001). Translation and quality validation of The Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) version 4 Thai version. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 84(10), 1430-1442. (in Thai)
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Thapinta, D. (1991). *Reducing anxiety among staff nurses caring for AIDS patients through cognitive restructuring combined with mindfulness training* [Unpublished master's thesis]. Chulalongkorn University. (in Thai)
- Velasco-Durantez, V., Cruz-Castellanos, P., Hernandez, R., Rodriguez-Gonzalez, A., Fernandez Montes, A., Gallego, A., Manzano-Fernandez, A., Sorribes, E., Zafra, M., & Carmona-Bayonas, A. (2024). Prospective study of predictors for anxiety, depression, and somatization in a sample of 1807 cancer patients. *Scientific Reports*, 14(1), 3188. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-53212-y>
- Wang, Z., Tang, X., Li, L., Zhou, H., Zhu, Y., Chen, L., Su, T., Liu, M., Pang, X., Yi, X., Liu, L., Liu, J., & Liu, M. (2024). Spiritual care needs and their attributes among Chinese in patients with advanced breast cancer based on the Kano model: A descriptive cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 23(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01377-8>
- Witwanukul, P., Seedadad, R., Tanyabutr, S., & Leuangsomnapha, Y. (2023). Predictive factors for quality of life among elderly cancer patients receiving chemotherapy treatment. *Journal of Public Health Research and Health Sciences*, 5(3), 107-121. (in Thai)
- World Health Organization. (2025, 3 February). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

## บทความวิจัย (Research article)

### ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบเป็นทางการ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดหนองบัวลำภู The Effectiveness of a Capacity-Building Program for Formal Caregivers in Caring for Dependent Older Adults in Nong Bua Lamphu Province

ศุริมาศ สุพรรณภูวณษ์<sup>1</sup>, สุธธีพร มุลศาสตร์<sup>2\*</sup>, สมนึก สกุนหงส์โสภณ<sup>3</sup>  
Sureemas Supannaphuwong<sup>1</sup>, Sutteepon Moolsart<sup>2\*</sup>, Somnuk Sakunhongsophon<sup>3</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Sutteepon@yahoo.com)

(Received: September 13, 2025; Revised: January 26, 2026; Accepted: January 26, 2026)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบเป็นทางการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อความรู้ ความสามารถ ความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดหนองบัวลำภู แบ่งเป็นคู่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน เครื่องมือการวิจัยคือโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพตามทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลแบบเป็นทางการ ค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .91 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .98 และ.98 ตามลำดับ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ซึ่งมีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้ ความสามารถ และความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $t = 8.97, 22.99, 27.70, p < .001$ ) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 9.05, 22.57, 26.64, p < .001$ ) และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการดูแลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 23.35, p < .001$ )

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการพัฒนาผลลัพธ์ด้านการดูแลและความพึงพอใจ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

<sup>1</sup> นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Graduated Student in Master of Nursing Science, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Associate Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College

**คำสำคัญ:** ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุ, ภาวะพึ่งพิง, การเสริมสร้างศักยภาพ

## Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group pretest–posttest design to examine the effects of a capacity-building program for formal caregivers of dependent older adults on caregivers' knowledge, caregiving ability, role satisfaction, and older adults' satisfaction with the care received. The participants consisted of formal caregivers who completed a 420-hour caregiver training program and dependent older adults residing in Nong Bua Lamphu Province. The sample was divided into an experimental group and a comparison group, with 32 caregiver–older adult dyads in each group. The intervention was a capacity-building program for formal caregivers developed based on Kolb's Experiential Learning Theory. Data were collected using questionnaires administered to formal caregivers and older adults. The caregiver questionnaires demonstrated good reliability, with a KR-20 coefficient of .91 and Cronbach's alpha coefficients of .98 for caregiving ability and caregiver role satisfaction. The older adults' satisfaction questionnaire showed a Cronbach's alpha coefficient of .90. Data were analyzed using descriptive statistics and independent and paired t-tests.

The results revealed that, after participating in the program, formal caregivers in the experimental group demonstrated significantly higher levels of knowledge, caregiving ability, and caregiver role satisfaction compared with their pretest scores ( $t = 8.97, 22.99, 27.70$ ;  $p < .001$ ). Additionally, these outcomes were significantly higher than those of the comparison group ( $t = 9.05, 22.57, 26.64$ ,  $p < .001$ ). Furthermore, older adults in the experimental group reported significantly higher satisfaction with the care received than those in the comparison group ( $t = 23.35$ ,  $p < .001$ ).

The findings suggest that the capacity-building program is effective in enhancing caregiving outcomes and satisfaction and may be applied in other areas with similar contexts, particularly among older adults with chronic conditions.

**Keywords:** Formal caregiver, Older adults, Dependency, Capacity building

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโลกได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รายงานขององค์การสหประชาชาติ ใน ค.ศ. 2024 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 1.1 พันล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 13.9 ของประชากรโลกทั้งหมด (United Nations, 2024) และคาดการณ์ว่าภายใน ค.ศ. 2050 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 2.1 พันล้านคน หรือประมาณ ร้อยละ 21 ของประชากรโลก ซึ่งร้อยละ 15–20 จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวเนื่องจากภาวะพึ่งพิงที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง การเสื่อมสมรรถภาพทางกาย และภาวะสมองเสื่อม แนวโน้มการเพิ่มขึ้น

ของภาวะพึ่งพิงเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 3.5 ต่อปี (Ministry of Public Health, Department of Health, 2024) ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged) โดยในปี 2565-2567 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.94, 20.08 และ 20.94 ของประชากรทั้งหมด ตามลำดับ และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 20.5, 19.9 และ 20.7 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ตามลำดับ (Ministry of Social Development and Human Security, Department of Older Persons, 2024)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (long-term care: LTC) โดยบูรณาการการทำงานระหว่างภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ระบบการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย ยังต้องการการพัฒนาในหลายด้าน ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และรูปแบบบริการที่หลากหลาย รวมถึง การเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงานและชุมชน (Sasat, 2018; Health Systems Research Institute, 2020) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาว เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายในการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้ดีที่สุด ทั้งนี้ การดูแลที่มีคุณภาพต้องอาศัยผู้ดูแลที่มีทักษะและความรู้เหมาะสม การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบเป็นทางการจึงเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Ree-in, 2021)

หลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบเป็นทางการ ได้แก่ หลักสูตรระยะสั้น 70 ชั่วโมง เน้นความรู้พื้นฐานด้านการดูแลสุขอนามัยและการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เหมาะสำหรับการดูแลในครัวเรือนและชุมชน และหลักสูตรมาตรฐานวิชาชีพ 420 ชั่วโมง ครอบคลุมทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายชีวิต (Ministry of Social Development and Human Security, Department of Older Persons, 2018) หลักสูตร 70 ชั่วโมง ยังไม่ครอบคลุมภาวะซับซ้อนของผู้สูงอายุ ส่วนหลักสูตร 420 ชั่วโมง มีโครงสร้างครอบคลุมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ แต่ไม่สอดคล้องกับสภาพจริงในชุมชน ขาดแหล่งฝึกงานมาตรฐาน และไม่มีระบบกำกับติดตามหลังจบหลักสูตร (Sasat, 2018; National Health Security Office, 2021) รวมทั้งในสถานการณ์จริงพบว่า ผู้ดูแลพร้อมทักษะการตัดสินใจเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ซับซ้อน ขาดทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างความร่วมมือกับญาติ และการปรับปรุงวิธีการดูแลให้เข้ากับบริบทแวดล้อมที่แตกต่างกัน การเสริมศักยภาพผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นการอบรมระยะสั้น 70 ชั่วโมง เน้นการถ่ายทอดความรู้เชิงทฤษฎี ขาดการสะท้อนคิดและการแก้ปัญหาจากสถานการณ์จริง ส่งผลให้ผู้ดูแลบางส่วนยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ทั้งด้านการบันทึกข้อมูล การให้คำแนะนำ และการประสานงานในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งอาจกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Saetew et al., 2019; Kabmanee et al., 2024) นอกจากนี้ ยังมีปัญหาเชิงระบบที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ขาดการส่งต่อข้อมูลสุขภาพระหว่างบ้านและสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ ไม่มีระบบนิเทศงานเพื่อกำกับติดตามทักษะการปฏิบัติงาน (Nongbualamphu Provincial Health office, 2024) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งสองหลักสูตร ขาดโปรแกรมฟื้นฟูศักยภาพที่ต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทชุมชน มีการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในหลากหลายรูปแบบ เช่น การใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ การฝึกอบรมทักษะทางสังคม และการใช้ระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น (Seedokbaub et al., 2023; Kabmanee

et al., 2024; Dakam et al., 2025) แต่ส่วนใหญ่เน้นการประเมินผลลัพธ์ในระยะสั้น และยังขาดการใช้กรอบแนวคิดที่เชื่อมโยงประสบการณ์จากการปฏิบัติจริงสู่การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาหน้างานอย่างเป็นระบบ

จังหวัดหนองบัวลำภู มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและสูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 8 โดยในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 มีสัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.3, 15.73 และ 21.4 ของประชากรทั้งหมด และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มจากร้อยละ 5.37 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 7.94 ในปี 2567 ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวมากกว่าพื้นที่อื่นในเขตเดียวกัน (Regional Health Office 8, 2024; Nong Bua Lamphu Provincial Public Health Office, 2024) จังหวัดหนองบัวลำภู ได้ดำเนินงานภายใต้ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้านการดูแลระยะยาว โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการแต่งตั้งผู้จัดการการดูแล (care manager: CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (care giver: CG) เพื่อขับเคลื่อนการดูแลต่อเนื่องในระดับพื้นที่ สำหรับการอบรมฟื้นฟูพบว่า มีการอบรมฟื้นฟูเฉพาะผู้ดูแลที่ผ่านหลักสูตร 70 ชั่วโมง เท่านั้น ส่วนผู้ดูแลที่ผ่านหลักสูตร 420 ชั่วโมง ยังไม่ได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมหลังจบหลักสูตร ส่งผลให้การเสริมสร้างศักยภาพอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบเป็นทางการเพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบเป็นทางการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขึ้น โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) ซึ่งเชื่อว่าการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพเกิดจากการเปลี่ยนประสบการณ์ตรงให้เป็นความรู้ โดยมีกระบวนการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเสริมสร้างประสบการณ์ผ่านการเผชิญสถานการณ์จริง การสังเกตและสะท้อนคิด การเสริมสร้างแนวคิดเชิงนามธรรม และการทดลองปฏิบัติจริง และยังบูรณาการบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในฐานะผู้จัดการการดูแลสุขภาพ (Norrasan & Wattananon, 2017) เพื่อสนับสนุนการวางแผน กำกับ และประสานการดูแลระหว่างผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ อันจะนำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

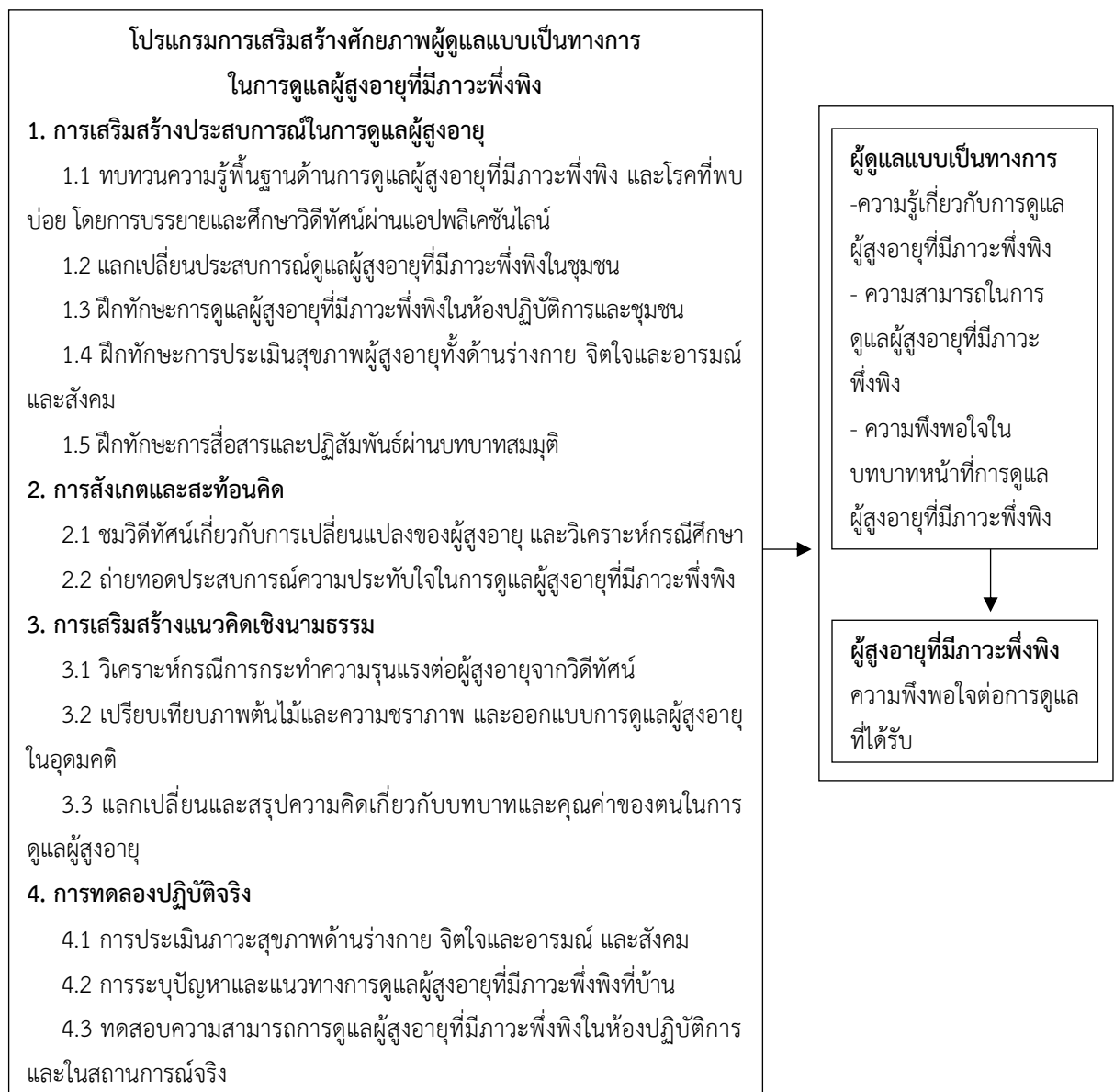
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความสามารถ และความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลแบบเป็นทางการ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบเป็นทางการ และกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดูแลที่ได้รับจากผู้ดูแลแบบเป็นทางการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

### สมมติฐานการวิจัย

ผู้ดูแลแบบเป็นทางการในกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความรู้ ความสามารถ และความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง มีความพึงพอใจต่อการดูแลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb (1984) มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์จริงปรับปรุงและพัฒนาทักษะได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถต่อยอดเป็นความรู้ใหม่ ๆ ได้ โดยผ่านโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบเป็นทางการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการเปลี่ยนประสบการณ์ตรงให้เป็นความรู้ ผ่านการลงมือทำการสะท้อนคิด การสรุปทบทวน และการนำไปประยุกต์ใช้จริง ที่ส่งผลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลแบบเป็นทางการ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดูแลที่ได้รับ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง โปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบเป็นทางการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) ระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน - 8 สิงหาคม พ.ศ. 2568 เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ รายละเอียด ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 89 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดหนองบัวลำภู ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 7,075 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 420 ชั่วโมง และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดหนองบัวลำภู กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power ใช้ statistical test แบบ Means: Difference between two independent means (two groups) กำหนดค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยผลของ Silprasert (2023) เท่ากับ .63 (ค่ากำลังการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 คำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 32 คน

กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) สำหรับผู้ดูแลแบบเป็นทางการ ได้แก่ 1) มีประสบการณ์การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างน้อย 1 ปี 2) อายุไม่เกิน 60 ปี 3) ได้รับการขึ้นทะเบียนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่หน่วยงาน และ 4) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) มีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living) อยู่ระหว่าง 5–11 คะแนน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน (Ministry of Public Health, Department of Health, 2024) 2) มีสติสัมปชัญญะรับรู้และสามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจ และ 3) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม และ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ต่อเนื่องตามวันเวลาที่กำหนด และ 2) ขอดอนตัวออกจากการวิจัย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลแบบเป็นทางการ ด้วยการสุ่มจัดเข้ากลุ่มแบบจับฉลากไม่คืนที่เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน จะได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการตามโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน ปฏิบัติหน้าที่ตามปกติ ส่วนผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง เป็นผู้ซึ่งอยู่ในความดูแลของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่ม โดยจับคู่ผู้ดูแลกับผู้สูงอายุแบบหนึ่งต่อหนึ่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลแบบเป็นทางการตามโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน ได้รับการดูแลตามปกติตามแผนการดูแล เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยได้ดำเนินการกำหนดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ต่างอำเภอ เพื่อลดโอกาสในการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือกระบวนการเรียนรู้ระหว่างกัน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบเป็นทางการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ ใช้เวลา 6 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 3 - 4 ชั่วโมง (สัปดาห์ที่ 1, 4, 5 และ 6) การฝึกปฏิบัติและเยี่ยมบ้าน จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง (สัปดาห์ที่ 2 และ 3) (ตาราง 1)

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด

2.1 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลแบบเป็นทางการ พัฒนาจากทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Kolb, 1984) แนวปฏิบัติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Department of Health, Ministry of Public Health, 2021; National Health Security Office, 2021) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแล จำนวนผู้สูงอายุที่เคยดูแลและที่อยู่ในความดูแล รวมถึงการอบรมฟื้นฟู โดยมีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคม และบทบาทผู้ดูแล ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (ถูกต้อง/ไม่แน่ใจ/ไม่ถูกต้อง) ให้คะแนนคำตอบที่ถูกต้อง 1 คะแนน คำตอบที่ไม่แน่ใจหรือไม่ถูกต้อง 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน จำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย หมายถึง ต่ำกว่า 60% (0–11 คะแนน) ระดับปานกลาง หมายถึง ระหว่าง 60–79% (12–15 คะแนน) และระดับมาก หมายถึง ตั้งแต่ 80% ขึ้นไป (16–20 คะแนน) (Bloom, 1971)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ความสามารถด้านการดูแลร่างกาย 7 ข้อ จิตใจและอารมณ์ 7 ข้อ และสังคม 6 ข้อ ทั้งหมดเป็นข้อคำถามทางบวก เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่าง น้อยที่สุด (1 คะแนน) และระดับมากที่สุด (5 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในบทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 ข้อ จำแนกเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสังคม ทั้งหมดเป็นข้อคำถามทางบวก เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่าง น้อยที่สุด (1 คะแนน) และระดับมากที่สุด (5 คะแนน)

## 2.2 แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา การได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลหลัก และคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับจากผู้ดูแลแบบเป็นทางการ จำนวน 20 ข้อ จำแนกเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสังคม ทั้งหมดเป็นข้อคำถามทางบวก เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่าง น้อยที่สุด (1 คะแนน) และระดับมากที่สุด (5 คะแนน)

แบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ถามความพึงพอใจในบทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับจากผู้ดูแลแบบเป็นทางการ คิดคะแนนเฉลี่ย กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ (Thanachai-Khun, 2014) ดังนี้ ระหว่าง 1.00-1.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด ระหว่าง 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย ระหว่าง 2.51-3.50 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง ระหว่าง 3.51-4.50 คะแนน หมายถึง ระดับมาก และระหว่าง 4.51-5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบเป็นทางการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง และแบบสอบถามทั้งหมด ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน และ พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการดำเนินงานดูแลระยะยาว 1 ท่าน แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลแบบเป็นทางการ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเฉลี่ย (S-CVI) อยู่ระหว่าง .98–1.00 แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง มีค่า S-CVI เท่ากับ 1.00 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 32 คน พบว่า แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลแบบเป็นทางการ ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง มีค่าความเชื่อมั่น KR 20 เท่ากับ .91 และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ถามความพึงพอใจในบทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .98 และ.98 ตามลำดับ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับจากผู้ดูแลแบบเป็นทางการ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู หลังจากได้รับการรับรองแล้ว จึงดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย และประสานงานกับสถานที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดมาตรการควบคุมคุณภาพ โดยเริ่มจากการเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยเพื่อซักซ้อมบทบาทการเป็นผู้นิเทศให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน และสื่อวิธีทัศนชุดเดียวกันตลอดการทดลอง จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลแบบเป็นทางการ และผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ พร้อมนัดหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การคุ้มครองสิทธิ และการรักษาความลับ หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วม จึงให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม และตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

### 2. ระยะทดลอง

2.1 กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ ปฏิบัติงานตามปกติ ได้แก่ การลงเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมาย และผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงได้รับการดูแลและสนับสนุนตามแผนการดูแลตามวงจรปกติของ รพ.สต. และจะได้รับการอบรมเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้ดูแลได้รับการนัดหมายให้เข้าร่วมโปรแกรมอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบเป็นทางการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

| สัปดาห์/เวลา                                    | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1<br>อบรมเชิงปฏิบัติการ<br>4 ชั่วโมง            | 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้ดูแลทำแบบทดสอบก่อนการอบรม<br>2) กิจกรรม “เข้าใจวัยชรา” ทบทวนความรู้พื้นฐานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และโรคที่พบบ่อย โดยการบรรยาย เรื่อง การเปลี่ยนแปลงวัยชรา การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมกับผู้สูงอายุ และบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล<br>3) ชมวิดีโอทัศน์การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบภาพต้นไม้และความชราภาพ แบ่งกลุ่มวิเคราะห์กรณีศึกษาและอภิปราย<br>4) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน<br>5) ใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อศึกษาวิถีทัศน์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ที่ผู้วิจัยส่งให้รับชมรายวัน และใช้สื่อสารรายงานการลงปฏิบัติงานจริง |
| 2<br>อบรมเชิงปฏิบัติการ 3 ชั่วโมง และเยี่ยมบ้าน | 1) ทบทวนและสรุปบทเรียนจากการบรรยายในสัปดาห์ที่ 1 และทบทวนเนื้อหาจากการรับชมวิดีโอทัศน์ที่ได้รับในสัปดาห์แรก สาธิตการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ<br>2) มอบหมายให้ผู้ดูแล เยี่ยมบ้านประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่รับผิดชอบ 1 คนด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุครอบคลุมด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสังคม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 3<br>อบรมเชิงปฏิบัติการ 3 ชั่วโมง และเยี่ยมบ้าน | 1) แลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ได้จากการปฏิบัติจริง ในสัปดาห์ที่ 2<br>2) ฝึกทักษะการดูแลผ่านสถานการณ์จำลอง ได้แก่ 2.1) “เคลื่อนไหวยึดหยุ่น ป้องกันแผลกดทับ” วิธีการการเคลื่อนย้ายและการป้องกันแผลกดทับ 2.2) “เติมพลังให้ผู้สูงวัย” การดูแลจัดอาหารและน้ำดื่มสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และ 2.3) “ใจเข้าใจ สูงวัยไม่เดี๋ยวตาย” ฝึกทักษะการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ผ่านการแสดงบทบาทสมมติการเยี่ยมบ้าน<br>3) ผู้ดูแลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่รับผิดชอบ พร้อมกับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ติดตามการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อประเมินทักษะการปฏิบัติงานจริงหน้างาน และตรวจสอบการมีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชันไลน์                                                 |
| 4<br>อบรมเชิงปฏิบัติการ 3 ชั่วโมง               | 1) แลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติ ในสัปดาห์ที่ 3<br>2) ชมวิดีโอทัศน์การทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ และรับฟังบรรยาย เรื่อง การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ จากนั้นแบ่งกลุ่มวิเคราะห์ปัญหาจากกรณีศึกษา<br>3) กิจกรรมกลุ่ม “บ้านในฝันของผู้สูงอายุ” ออกแบบรูปแบบการดูแลในอุดมคติผ่านการจำลองสภาพแวดล้อมและการดูแลแบบองค์รวม แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกัน                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 5<br>อบรมเชิงปฏิบัติการ 3 ชั่วโมง               | 1) เสวนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง<br>2) กิจกรรมกลุ่มจัดทำแผนภาพแสดงบทบาทของผู้ดูแลแบบเป็นทางการ ในแต่ละมิติการดูแล และนำเสนอแผนภาพ พร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเสนอแนะแนวทางการพัฒนาตนเอง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 6<br>อบรมเชิงปฏิบัติการ 3 ชั่วโมง               | 1) กิจกรรมการเขียนรายงานการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การระบุปัญหาและแนวทางการดูแล อ้างอิงข้อมูลจากการประเมินจริงในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะรายบุคคล<br>2) กิจกรรม “ย้อนรอยการดูแล” ชมภาพกิจกรรมที่ผ่านมาและแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้ และถ่ายทอดประสบการณ์ความประทับใจจากการดูแลผู้สูงอายุ<br>3) กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม การสรุปผลการอบรม มอบเกียรติบัตร ณ ห้องประชุม รพ.สต.อ.เมือง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและปิดโปรแกรม<br>* กลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถาม ณ ห้องประชุมศูนย์สุขภาพ อ.นากลาง และรับฟังการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง                                                               |

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ ) เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test) การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)
2. วิเคราะห์คะแนนจากแบบสอบถามความรู้ ความสามารถ ความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ ) ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ (normal distribution)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้ ความสามารถ ความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติทดสอบทีแบบอิสระต่อกัน (independent t-test)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้ ความสามารถ ความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เลขที่ 08/2568 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2568 การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ ผู้เข้าร่วมสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถาม จะถูกทำลายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น การนำเสนอผลการวิจัยจะอยู่ในลักษณะภาพรวม และใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลแบบเป็นทางการในกลุ่มทดลองทั้งหมดไม่เคยได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเคยได้รับการอบรมมาบ้างแล้ว สำหรับภาระงานใน 1 ปีที่ผ่านมา ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 6–7 คน ผู้สูงอายุที่อยูในการดูแล ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส และศาสนา พบว่า ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นระดับการศึกษามีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักคือ บุตร ระยะเวลาที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลหลัก 1–3 ปี และ 3 ปีขึ้นไป ข้อมูล อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นเพศ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลแบบเป็นทางการ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

| รายการ                             | กลุ่มทดลอง           |        | กลุ่มเปรียบเทียบ     |        | ค่าสถิติ           | p-value            |
|------------------------------------|----------------------|--------|----------------------|--------|--------------------|--------------------|
|                                    | (n = 32)             |        | (n = 32)             |        |                    |                    |
|                                    | จำนวน                | ร้อยละ | จำนวน                | ร้อยละ |                    |                    |
| ข้อมูลผู้ดูแลแบบเป็นทางการ         |                      |        |                      |        |                    |                    |
| เพศ                                |                      |        |                      |        |                    |                    |
| ชาย                                | 0                    | .00    | 2                    | 6.20   | 2.065 <sup>a</sup> | .492               |
| หญิง                               | 32                   | 100    | 30                   | 93.80  |                    |                    |
| อายุ (ปี)                          | M = 52.63, SD = 5.07 |        | M = 50.19, SD = 4.89 |        | 1.955 <sup>c</sup> | .055               |
| สถานภาพสมรส                        |                      |        |                      |        |                    |                    |
| โสด                                | 2                    | 6.30   | 5                    | 15.60  | .784 <sup>b</sup>  | .376               |
| คู่                                | 26                   | 81.20  | 23                   | 71.90  |                    |                    |
| หม้าย                              | 4                    | 12.50  | 3                    | 9.40   |                    |                    |
| หย่าร้าง/แยกทาง                    | 0                    | .00    | 1                    | 3.10   |                    |                    |
| ระดับการศึกษา                      |                      |        |                      |        |                    |                    |
| มัธยมศึกษา                         | 31                   | 96.90  | 23                   | 71.90  | 7.59 <sup>b</sup>  | .006               |
| ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา            | 1                    | 3.10   | 9                    | 28.10  |                    |                    |
| ศาสนา                              |                      |        |                      |        |                    |                    |
| พุทธ                               | 32                   | 100    | 29                   | 90.60  | 3.148 <sup>a</sup> | .119               |
| คริสต์                             | 0                    | .00    | 3                    | 9.40   |                    |                    |
| ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง         |                      |        |                      |        |                    |                    |
| เพศ                                |                      |        |                      |        |                    |                    |
| ชาย                                | 14                   | 43.80  | 3                    | 9.40   | 9.692 <sup>b</sup> | .002               |
| หญิง                               | 18                   | 56.30  | 29                   | 90.60  |                    |                    |
| อายุ (ปี)                          | M = 77.41, SD = 4.58 |        | M = 76.03, SD = 5.15 |        | 1.128 <sup>c</sup> | .264               |
| สถานภาพสมรส                        |                      |        |                      |        |                    |                    |
| โสด                                | 2                    | 6.30   | 1                    | 3.10   | .350               | 1.000 <sup>a</sup> |
| คู่                                | 20                   | 62.50  | 5                    | 15.60  |                    |                    |
| หม้าย                              | 10                   | 31.30  | 25                   | 78.10  |                    |                    |
| หย่าร้าง/แยกทาง                    | 0                    | 0      | 1                    | 3.10   |                    |                    |
| ระดับการศึกษา                      |                      |        |                      |        |                    |                    |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ                 | 2                    | 6.30   | 0                    | 0      | .878 <sup>b</sup>  | .480               |
| ประถมศึกษา                         | 27                   | 84.40  | 29                   | 90.60  |                    |                    |
| มัธยมศึกษา                         | 3                    | 9.40   | 3                    | 9.40   |                    |                    |
| ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน | M = 9.06, SD = 1.01  |        | M = 9.00, SD = 1.61  |        | .186 <sup>c</sup>  | .853               |

a = Fisher's Exact test, b = Chi-square test, c = Independent t-test

2. เปรียบเทียบความรู้ ความสามารถ และความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลแบบเป็นทางการ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบเป็นทางการ และกลุ่มเปรียบเทียบ

2.1 ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ อยู่ระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมทุกด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ( $M = 19.47, SD = .72$ ) ความสามารถ ( $M = 4.68, SD = .19$ ) และความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ( $M = 4.70, SD = .22$ ) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 8.97, 22.99, 27.70, p < .001$ ) ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลแบบเป็นทางการกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

| ตัวแปร                  | ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม |           |         | หลังเข้าร่วมโปรแกรม |           |           | <i>t</i> | <i>p-value</i> |
|-------------------------|---------------------|-----------|---------|---------------------|-----------|-----------|----------|----------------|
|                         | <i>M</i>            | <i>SD</i> | ระดับ   | <i>M</i>            | <i>SD</i> | ระดับ     |          |                |
| ความรู้ในการดูแล        |                     |           |         |                     |           |           |          |                |
| กลุ่มทดลอง              | 14.34               | 3.76      | ปานกลาง | 19.47               | .72       | มาก       | -8.97*   | <.001          |
| กลุ่มเปรียบเทียบ        | 14.03               | 3.25      | ปานกลาง | 13.91               | 3.35      | ปานกลาง   | .17      | .866           |
| ความสามารถในการดูแล     |                     |           |         |                     |           |           |          |                |
| กลุ่มทดลอง              | 3.22                | .44       | ปานกลาง | 4.68                | .19       | มากที่สุด | -22.99*  | <.001          |
| กลุ่มเปรียบเทียบ        | 3.36                | .31       | ปานกลาง | 3.32                | .28       | ปานกลาง   | 2.60*    | .014           |
| ความพึงพอใจบทบาทการดูแล |                     |           |         |                     |           |           |          |                |
| กลุ่มทดลอง              | 3.39                | .39       | ปานกลาง | 4.70                | .22       | มากที่สุด | -27.70*  | <.001          |
| กลุ่มเปรียบเทียบ        | 3.43                | .26       | ปานกลาง | 3.36                | .17       | ปานกลาง   | 1.13     | .268           |

\*  $p < .05$

2.2 ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ อยู่ในระดับมาก 19.47 ( $SD = 0.72$ ) ความสามารถในการดูแล อยู่ในระดับมากที่สุด 4.68 ( $SD = 0.19$ ) และความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่ อยู่ในระดับมากที่สุด 4.70 ( $SD = .22$ ) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 9.05, 22.57, 26.64, p < .001$ ) ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบความรู้ ความสามารถ และความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลแบบเป็นทางการ ระหว่างกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ

| ตัวแปร                  | กลุ่มทดลอง (n = 32) |     |           | กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32) |      |         | t      | p-value |
|-------------------------|---------------------|-----|-----------|---------------------------|------|---------|--------|---------|
|                         | M                   | SD  | ระดับ     | M                         | SD   | ระดับ   |        |         |
| ความรู้ในการดูแล        | 19.47               | .72 | มาก       | 13.91                     | 3.35 | ปานกลาง | 9.05*  | <.001   |
| ความสามารถในการดูแล     | 4.68                | .19 | มากที่สุด | 3.32                      | .28  | ปานกลาง | 22.57* | <.001   |
| ความพึงพอใจบทบาทการดูแล | 4.70                | .22 | มากที่สุด | 3.36                      | .17  | ปานกลาง | 26.64* | <.001   |

\* $p < .05$

3. การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดูแลที่ได้รับจากผู้ดูแลแบบเป็นทางการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ( $M = 4.75$ ,  $SD = .16$ ) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.61$ ,  $SD = .22$ ) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 23.35$ ,  $p < .001$ ) ดังตาราง 5

ตาราง 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

| กลุ่ม                | M    | SD   | ระดับ     | Mean difference | t        | p-value |
|----------------------|------|------|-----------|-----------------|----------|---------|
| ทดลอง (n = 32)       | 4.75 | 0.16 | มากที่สุด | 1.14            | 23.35*** | <.001   |
| เปรียบเทียบ (n = 32) | 3.61 | 0.22 | มาก       |                 |          |         |

\*  $p < .05$

## การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบเป็นทางการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเฉพาะด้านความรู้และความสามารถที่เพิ่มสูงขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Kolb's Experiential Learning Theory) ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนคิด และทดลองใช้แนวทางใหม่ ทำให้สามารถเชื่อมโยงความรู้กับสถานการณ์จริง และพัฒนาความมั่นใจในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยได้เริ่มจากการให้ความรู้พื้นฐานและศึกษาจากสถานการณ์จำลองเพื่อสร้างประสบการณ์ จากนั้นมอบหมายให้กลุ่มทดลองนำความรู้ที่ได้รับไปฝึกปฏิบัติจริงในการเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ก่อนจะนำผลการปฏิบัติงานรวมถึงปัญหาอุปสรรคที่พบหน้างานกลับมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม และสะท้อนความคิดเห็นผ่านกรณีศึกษา กระบวนการนี้เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้ร่วมกันวิเคราะห์และร่วมกันออกแบบหรือปรับเปลี่ยนแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุให้มีความจำเพาะเจาะจงและเหมาะสมกับบริบทจริงมากยิ่งขึ้น

แต่งงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีนี้ในการฝึกอบรมโดยใช้ประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุชาวมุสลิมของ Moolsart & Phuangsomjit (2025) พบว่าการฝึกอบรมที่ใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ช่วยเพิ่มความรู้และการตระหนักรู้ของผู้เข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญ

เนื่องจากโปรแกรมเน้นการสาธิต ฝึกปฏิบัติแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันผ่านกลไกการทดลองปฏิบัติจริง ซึ่งจำลองภาวะวิกฤตและความซับซ้อนของปัญหาที่พบบ่อยในพื้นที่ เช่น การดูแลป้องกันแผลกดทับ การจัดอาหาร การฝึกปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะเครียด/ซึมเศร้า เป็นต้น ช่วยให้ผู้ดูแลได้ฝึกการตัดสินใจและทักษะการแก้ปัญหาในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยก่อนลงมือปฏิบัติจริงในการเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสะท้อนผลการเยี่ยมบ้านจริงและนำปัญหาอุปสรรคมาจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้จริง กระบวนการนี้ช่วยให้ผู้ดูแลเปลี่ยนจากผู้รับฟังเป็นผู้ปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thummakul et al. (2022) และ Seedokbaub et al. (2023) ที่พบว่าการอบรมผู้ดูแลโดยผสมผสานภาคทฤษฎีและปฏิบัติช่วยเพิ่มสมรรถนะด้านการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างรอบด้าน จากการที่ผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นข้างต้น การสะท้อนคิดจากกระบวนการปฏิบัติที่ผ่านมาช่วยให้ผู้ดูแลได้มองเห็นคุณค่าในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ผ่านการแลกเปลี่ยนเรื่องเล่าความสำเร็จ ช่วยให้ผู้ดูแลมีความภาคภูมิใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kabmanee et al. (2024). และ Sanjuán et al. (2022) ที่พบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบทบาทเพิ่มขึ้นหลังได้รับการอบรมและฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุตามปกติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่าจะมีประสบการณ์ทำงานและปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุอยู่เป็นประจำทุกวัน แต่การทำงานตามความคุ้นเคย ขาดกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นระบบและการนิเทศที่ต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จำกัดเพียงทักษะพื้นฐานทั่วไป อาจไม่สามารถแก้ปัญหาที่ซับซ้อนได้

สำหรับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลที่ครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพกายและใจ ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ปลอดภัย และเอาใจใส่มากขึ้น รวมถึง การจัดทำแผนการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของแต่ละบุคคล กิจกรรมเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา และการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นและมีความสุขในตนเอง สอดคล้องกับ Kamjon (2021), Juntaprom (2024) และ Sanjuán et al. (2022) ที่รายงานว่าการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพนำโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบเป็นทางการ ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในพื้นที่บริบทใกล้เคียงกัน และการดูแลเฉพาะกลุ่มโรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตที่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังปฏิบัติจริง เพื่อสะท้อนปัญหาและปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของผู้สูงอายุแต่ละราย

2. หน่วยงานท้องถิ่น และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ควรพิจารณาบรรจุโปรแกรมที่เน้นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เข้าไปในแผนพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลประจำปี

#### ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยติดตามในระยะยาว 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อประเมินความต่อเนื่องของผลลัพธ์ทั้งด้านความรู้ ความสามารถ และความพึงพอใจ และติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การบันทึกรายงานเยี่ยมบ้าน การเกิดแผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เป็นต้น

#### รายการอ้างอิง

- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Dakam, J., Jantacumma, N., & Wongsawang, N. (2025). Effects of an empowerment program for caregivers on health literacy and caring behaviors for dependent older adults in the community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 26(2), 310–319. (in Thai)
- Health Systems Research Institute. (2020). *Long-term care system*. <https://kb.hsri.or.th/dspace> (in Thai)
- Juntaprom, P. (2024). Improving the quality of life of dependent ageing by caregivers certificated of CG expert course. *Journal of Environmental and Community Health*, 9(4), 727–737. (in Thai)
- Kabmanee, N., Khoyun, S., & Phisaiphanth, S. (2024). The development model for enhancing capabilities of caregivers for dependent elderly in the new normal era. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 27(3), 57–66. (in Thai)
- Kamjon, A. (2021). A study of elderly caregiver's potential after 420 hours of caregiver training for elderly health care center of the Thai Red Cross Society. *The Public Health Journal of Burapha University*, 16(2), 122–135. (in Thai)
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice Hall.
- Ministry of Social Development and Human Security, Department of Older Persons. (2018). *Standard curriculum for advanced older-person care: 420-hour program*. [https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1570694900-260\\_0.pdf](https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1570694900-260_0.pdf) (in Thai)
- Ministry of Public Health, Department of Health. (2024). *Report on the situation of Thai older persons 2024*. <https://www.dop.go.th/th> (in Thai)
- Moolsart, S., & Phuangsomjit, C. (2025). Effectiveness of a participatory and culturally tailored learning program for coronavirus prevention in Muslim older adults with hypertension and diabetes: Quasi-experimental study. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*, 9, e71671. <https://doi.org/10.2196/71671>

- National Health Security Office. (2021). *Guidelines for the management of the long-term care (LTC) fund*. National Health Security Office. (in Thai)
- Nong Bua Lamphu Provincial Public Health Office. (2024). *Population statistics of older adults in Nong Bua Lamphu Province*. <https://hdc.moph.go.th/nbp/public/main> (in Thai)
- Norrasan, S., & Wattananon, W. (2017). Nurse case manager: Roles of providing elderly dependent care in community. *Journal of Nursing Science & Health*, 40(2), 139–145. (in Thai)
- Ree-in, N. (2021). The results of care management process for dependent elderly at Nong Song Hong District, Khon Kaen Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 3(1), 55–70. (in Thai)
- Regional Health Office 8. (2024). *Population statistics of older adults*. <https://r8way.moph.go.th> (in Thai)
- Saetew, P., Chinkhanapha, C., Rueangsawat, S., & Teepapal, T. (2019). Study of the potential of caregivers for the elderly after 70-hour elderly care program of Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(1), 300–310. (in Thai)
- Sanjuán, M., Navarro, E., & Calero, M. D. (2022). Caregiver training: Evidence of its effectiveness for cognitive and functional improvement in older adults. *Journal of Clinical Nursing*, 32(5–6), 736–748. <https://doi.org/10.1111/jocn.16213>
- Sasat, S. (2018). Principles, concepts, and experiences of long-term care management in aging societies. In *The National Health Security Conference of Thailand: Universal Health Coverage: Value-Based Healthcare* (pp. 3-23). Health Systems Research Institute. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4980> (in Thai)
- Seedokbaub, Y., Promdee, P., Kongputtikul, K., & Rittiwong, T. (2023). The effectiveness of a competency development program of caregivers for the care of dependent older adults, Muang District, Nong Bua Lamphu Province. *Journal of Health Science Research*, 17(2), 99–109. (in Thai)
- Silprasert, T. (2023). Effect of the caregiver skills development program on the ability to perform daily activities of the dependent elderly in Mueang District, Ang Thong Province. *Singburi Hospital Journal*, 31(3), 117–127. (in Thai)
- Thanachai-Khun, N. (2014). *Basic statistics for research* (8<sup>th</sup> ed.). Wityapath. (in Thai)
- Thummakul, D., Kwanyuen, R., Chusri, O., & Jaingam, N. (2022). The effectiveness of enhancing the potential of caregivers in managing health care for the dependent older adults. *Journal of Health and Nursing Research*, 38(3), 105–116. (in Thai)
- United Nations. (2024). *World population ageing 2024*. United Nations.

## บทความวิจัย (Research article)

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบ

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสมุทรสาคร

The Effectiveness of a Lifestyle Modification Program Leading to Diabetes

Remission for Patients with Type 2 Diabetes in Samutsakhon Province

จิมาพร เกตุทิรัญ<sup>1</sup>, สุทธิพร มุลศาสตร์<sup>2\*</sup>, สมนึก สกุนหงส์โสภณ<sup>3</sup>

Jimaporn Kethirun<sup>1</sup>, Sutteeporn Moolsart<sup>2\*</sup>, Somnuk Sakunhongsophon<sup>3</sup>

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

(Received: September 7, 2025; Revised: January 29, 2026; Accepted: February 4, 2026)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสาคร และมีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยการสุ่มแบบง่าย กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ 2) คู่มือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน 3) แบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน วิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95 และ .93 ตามลำดับ และ 4) แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง และวิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $t = 24.09, 30.68; p < .05$ ) และกลุ่มเปรียบเทียบ ( $t = 11.34, 14.11; p < .05$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกายลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $t = 7.61, 2.78; p < .05$ ) และกลุ่มเปรียบเทียบ ( $t = 2.89, 2.16; p < .05$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Graduated Student (Master of Nursing Science), School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Associate Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College

พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบให้เข้ากับบริบทของพื้นที่

**คำสำคัญ:** โรคเบาหวานชนิดที่ 2, เบาหวานระยะสงบ, ความสามารถของตนเอง, วิถีชีวิต

## Abstract

The quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design involved a sample of type 2 diabetes patients with a BMI of 25 kg/m<sup>2</sup> or more, residing in Samut Sakhon Province. The samples were randomly assigned to an experimental group and a comparison group, each consisting of 30 individuals. The research instruments included: 1) a lifestyle modification program leading to diabetes remission for type 2 diabetes patients, which applied Pender's Health Promotion Model sessions over a period of 12 weeks; 2) a diabetes management lifestyle modification manual; 3) a questionnaire of self-efficacy and lifestyle in diabetes management with Cronbach's alpha coefficients were .95 and .93, respectively; and 4) blood sugar levels and BMI record form. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The research findings indicated that after participating in the program, the experimental group had significantly better self-efficacy in managing diabetes compared to before joining the program ( $t = 24.09, 30.68; p < .05$ ) and the comparison group ( $t = 11.34, 14.11; p < .05$ ), at a statistical significance level of .05. Their blood sugar levels and BMI were lower than before joining the program ( $t = 7.61, 2.78; p < .05$ ) and the comparison group ( $t = 2.89, 2.16; p < .05$ ), at a statistical significance level of .05.

Therefore, nurses and related healthcare teams can apply this program to support patients with type 2 diabetes in achieving remission and adapt it to suit the local context.

**Keywords:** Type 2 diabetes, Diabetes remission, Self-efficacy, Lifestyle

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้ในประชากรทุกประเทศทั่วโลก สมาพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ ได้คาดว่าในปีพ.ศ. 2573 และปีพ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และ 783 ล้านคน ตามลำดับ (International Diabetes Federation: IDF, 2021) และจากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (health data center: HDC) ในรอบปี พ.ศ. 2565-2567 พบอัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 7,339.70 เป็น 8,104.20 ต่อแสนประชากร สอดคล้องกับข้อมูลเขตบริการสุขภาพที่ 5 พบว่าอัตราป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น 612.30, 648.88 และ 702.94 ต่อแสนประชากร

ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (Division of Non-Communicable Diseases, 2024) และส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานในปี 2567 สูงถึง 136,473 ล้านบาท (International Diabetes Federation: IDF, 2025) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ได้แก่ จอประสาทตาเสื่อม โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด แผลเรื้อรัง การถูกตัดขา ตับนิ่ว เป็นต้น ความเจ็บป่วยเหล่านี้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง และเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโดยรวม (Rattanaurai & Songbutr, 2019) โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่วนใหญ่มาจากการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน (Phajan et al., 2022) ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียด และมีน้ำหนักเกิน (Puangpet et al., 2022)

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือลดภาวะแทรกซ้อน ไม่ใช้การไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาหรือรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเท่านั้น แต่ยังต้องมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่สำคัญ คือ ความตระหนักรู้ในภาวะสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษา รวมทั้ง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งช่วยให้บรรลุเป้าหมายในการรักษาโรคและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้ (Garedow et al., 2023) ปัจจุบันมีแนวทางการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานโดยไม่ต้องใช้ยา เรียกว่า เบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระทางเศรษฐกิจได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน พบว่าการลดน้ำหนักร้อยละ 10-15 ของน้ำหนักตัว จะช่วยให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ (Lean et al., 2018; Fujihara et al., 2023)

งานวิจัยส่วนใหญ่ที่ศึกษาการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อบรรเทาเบาหวานระยะสงบสำหรับผู้ที่มีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินมุ่งเน้นการป้องกันระดับบุคคล และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นหลัก ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การเลือกรับประทานอาหารแลกเปลี่ยน การกำหนดเป้าหมาย และวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมอาหาร การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การควบคุมอาหาร การใช้โทรศัพท์ติดตามกระตุ้นเตือน ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจ (Ruangsuttipap, 2024; Wongudomkong et al., 2024; Navawatcharin et al., 2024) ซึ่งแนวทางในการลดน้ำหนัก ไม่ใช่เฉพาะการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังขาดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในด้านอื่น เช่น การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จิตวิญญาณ และขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

จังหวัดสมุทรสาครพบอัตราการป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 576.36, 554.10 และ 566.19 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ แม้กระทั่งในอำเภอบ้านแพ้ว ซึ่งมีจำนวนประชากรน้อยที่สุดในจังหวัดสมุทรสาคร แต่พบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่มากที่สุด จำนวน 768.73, 655.29 และ 665.94 คน ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (Health Data Center, 2024) ประกอบกับการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขึ้นอยู่กับบริบทพื้นที่ของแต่ละอำเภอ ทำให้ไม่บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมาย และพบว่ายังขาด

รูปแบบการดำเนินงานเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีน้ำหนักเกิน ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แนวคิดทฤษฎีตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2015) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเป็นประจำ สม่ำเสมอจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตและเป็นนิสัยสุขภาพ (lifestyle and habit) เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ยกระดับของภาวะสุขภาพ เพื่อความผาสุก (well-being) ในชีวิตมาใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง วิถีชีวิตควบคุมโรคเบาหวาน ลดค่าดัชนีมวลกาย และลดระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตได้อย่างครอบคลุมองค์รวม ก่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบ**ค่าเฉลี่ย**การรับรู้ความสามารถของตนเอง วิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
2. เพื่อเปรียบเทียบ**ค่าเฉลี่ย**การรับรู้ความสามารถของตนเอง วิถีชีวิต ในการควบคุมโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

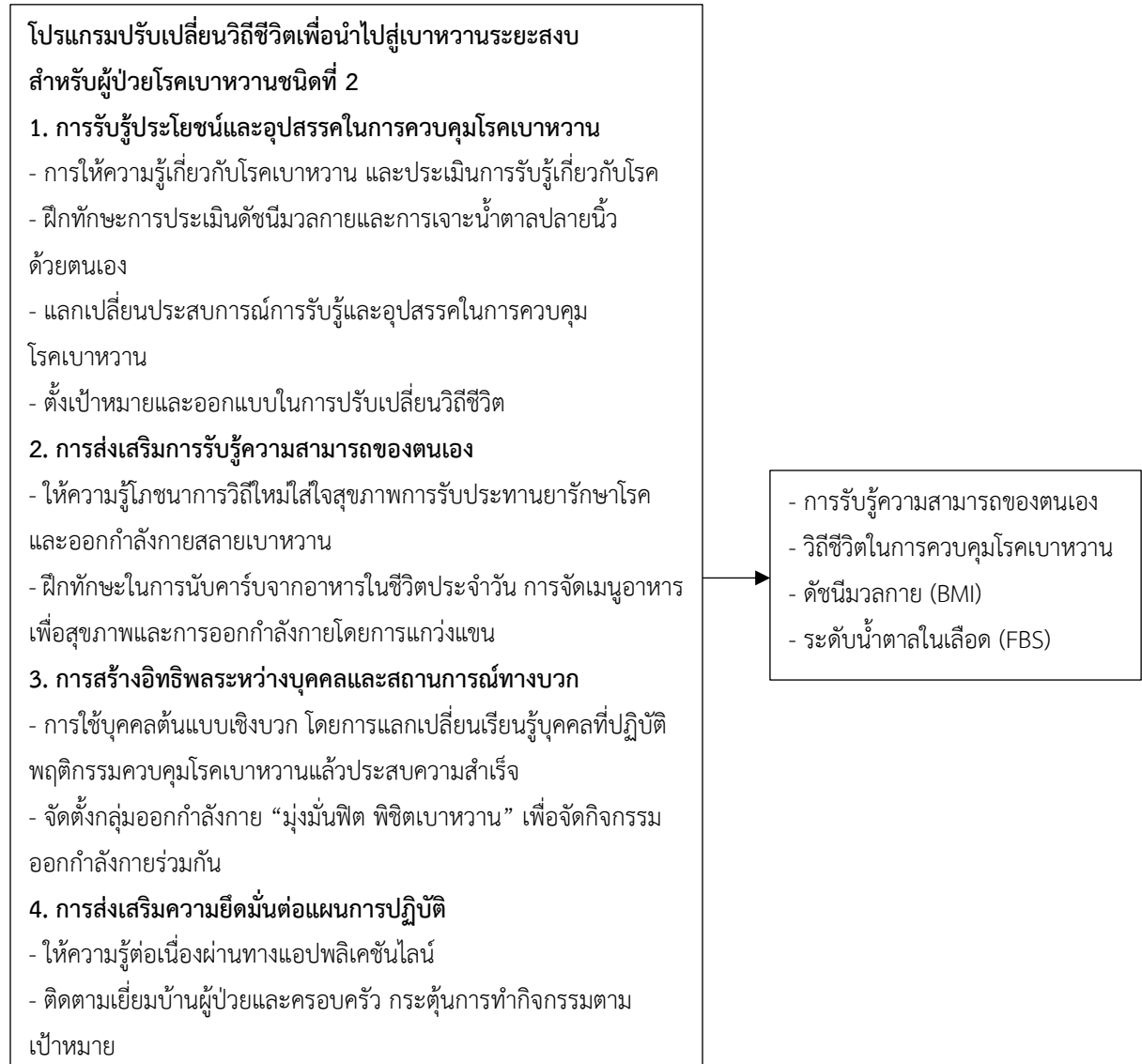
### สมมติฐานการวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีวิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบมีดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2015) ซึ่งให้ความสำคัญกับคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล การคิดรู้ และอารมณ์ของพฤติกรรม และผลลัพธ์ของพฤติกรรม โดยกรอบแนวคิดดังกล่าวเป็นกรอบแนวคิดที่อธิบายถึงกระบวนการเรียนรู้ กับการเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดวิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวานอย่างยั่งยืน ดัชนีมวลกายลดลง และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสมุทรสาคร มี 4 กระบวนการ

ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการควบคุมโรคเบาหวาน 2) การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง 3) อิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ทางบวก และ 4) การส่งเสริมความยึดมั่นต่อแผนการปฏิบัติ ดังภาพ



**ภาพ** กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสมุทรสาคร

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental research, two groups pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 - 31 มกราคม พ.ศ. 2568 รายละเอียด ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะอ้วนในตำบลหลักสาม อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 546 คน (Health Data Center, 2024)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาศัยอยู่ในตำบลหลักสาม อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*power 3.1 สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) การทดสอบทางเดียว กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของ Poorat et al. (2020) เท่ากับ .95 ค่าความคลาดเคลื่อน (error) .05 และอำนาจทดสอบ (power) ที่ .95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่ครบถ้วนของข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 60 คน

กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้างานวิจัย (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอายุมากกว่า 18 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วไม่เกิน 6 ปี 3) ไม่มีโรคร่วมรุนแรงหรือมีภาวะทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เช่น โรคไตเรื้อรังระยะ 3b ขึ้นไป (eGFR < 30 มิลลิลิตร/นาที/1.732 ตารางเมตร) โรคหัวใจล้มเหลวรุนแรงหรืออาการไม่คงที่ โรคหัวใจขาดเลือดใน 6 เดือน เป็นต้น 4) ได้รับการรักษาโรคเบาหวานโดยยาชนิดรับประทานเท่านั้น 5) มีดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 4) สื่อสารด้วยภาษาไทยและสามารถอ่านออกเขียนได้ 5) มีโทรศัพท์เคลื่อนที่สมาร์ทโฟนและติดต่อสื่อสารผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ และ 6) สนใจเข้าร่วมโปรแกรม เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย (exclusion criteria) ดังนี้ 1) แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาเป็นยาฉีด และ 2) ย้ายที่อยู่หรือไม่สามารถติดต่อได้ และกำหนดเกณฑ์ในการยกเลิกกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย (discontinuation criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างเข้าร่วมโครงการ และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น และ 2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบถ้วน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยนำรายชื่อของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกินที่อยู่ในทะเบียนของตำบลหลักสามอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์การคัดเลือก มาทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน และแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2015) รวมถึงแผนการสอนตามโปรแกรม สื่อวีดิทัศน์ และคู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของเพนเดอร์ ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ และ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ญาติสายตรงมีภาวะอ้วน ลักษณะการทำงาน สูบบุหรี่ ดื่มสุรา โดยมีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ จำนวน 45 ข้อ ทุกข้อเป็นคำถามด้านบวกและเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้คะแนนระหว่างน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 วิธีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ จำนวน 51 ข้อ ทุกข้อเป็นคำถามด้านบวกและเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้คะแนนความถี่ของการปฏิบัติใน 1 สัปดาห์ ระหว่างไม่เคยปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 คะแนน จนถึงปฏิบัติเป็นประจำ 7 วันต่อสัปดาห์ เท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับ

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 คิดคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวม แปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับ (Thanachaikhun, 2014) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทางคลินิก จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบเติมตัวเลขและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย 1) น้ำหนัก หน่วยวัดเป็นกิโลกรัม 2) ส่วนสูง หน่วยวัดเป็นเซนติเมตร 3) รอบเอว หน่วยวัดเป็นเซนติเมตร 4) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (fasting blood sugar: FBS) หน่วยวัดเป็นมิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 5) ระดับความดันโลหิต หน่วยวัดเป็นมิลลิเมตรปรอท และ 6) ยารักษาโรคเบาหวาน ที่รับประทาน บันทึกเป็นชื่อยา ขนาด ปริมาณ และเวลาการรับประทานในแต่ละวัน

#### ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามและโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสาขาเวชศาสตร์วิถีชีวิต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน 1 ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงรุกในชุมชน 2 ท่าน โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรค เท่ากับ .96 และ

วิธีชีวิตในการควบคุมโรค เท่ากับ .96 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกในอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่า เท่ากับ .95 และ .93 ตามลำดับ

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง ภายหลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยประสานงานการดำเนินการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ นัดหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจ จึงทำการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### 2. ระยะทดลอง

2.1 กลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการระหว่างวันที่ 6 พฤศจิกายน 2567 – 29 มกราคม 2568 โดยสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และตอบแบบสอบถาม (pretest) และในสัปดาห์ที่ 2 – 12 ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและปฏิบัติตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และสัปดาห์ที่ 12 นัดหมายเพื่อประเมินหลังการทดลอง วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest)

2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการระหว่างวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึง 28 มกราคม พ.ศ. 2568 รายละเอียดดัง ตาราง 1

**ตาราง 1** กิจกรรมของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

| สัปดาห์                                            | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| สัปดาห์ที่ 1<br>(อบรมเชิงปฏิบัติการ<br>ครั้งที่ 1) | 1) แจกคู่มือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน ให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่ม<br>แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อรับข้อมูลข่าวสาร ส่งภาพอาหารประจำวัน และส่งผลระดับน้ำตาล<br>ในเลือดจากการเจาะปลายนิ้ว<br>2) บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน<br>3) ฝึกทักษะสอนให้ผู้ป่วยตรวจสอบ ดัชนีมวลกาย รอบเอว และเจาะน้ำตาลปลายนิ้วด้วย<br>ตนเองตามคู่มือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน<br>4) บรรยายและฝึกทักษะเรื่อง การรับประทานอาหาร การอดอาหารบางช่วงเวลา<br>(intermittent fasting: IF) สูตร 12:12 การรับประทานยา การจัดการความเครียด<br>และฝึกทักษะในการนับคาร์บจากอาหารในชีวิตประจำวัน การจัดเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ<br>และการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน<br>5) ระบุปัญหาและตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน |

ตาราง 1 (ต่อ)

| สัปดาห์                                                    | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| สัปดาห์ที่ 2, 6, 10<br>(เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1,<br>2 และ 3) | 1) ติดตามผลการอดอาหารบางช่วงเวลา การรับประทานอาหารประจำวัน การตรวจน้ำตาล<br>ปลายนิ้วด้วยตนเอง การรับประทานยารักษาโรคเบาหวาน การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย<br>โดยการแกว่งแขน การส่งภาพอาหารประจำวัน และการส่งผลระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะ<br>ปลายนิ้วผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การสอบถามผู้ป่วยและญาติ ทบทวนปัญหาและปรับเปลี่ยน<br>เป้าหมายร่วมกันตามวิถีชีวิต น้ำหนัก รอบเอว โดยการชั่งน้ำหนัก และวัดรอบเอวเปรียบเทียบผล<br>การประเมินตนเองกับเป้าหมายที่วางไว้<br>2) ประเมินรายการอาหารจากการบันทึกในคู่มือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการควบคุม<br>โรคเบาหวาน พร้อมทั้งให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร<br>3) ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับพยาบาลเวชปฏิบัติ |
| สัปดาห์ที่ 4<br>(อบรมเชิงปฏิบัติการ<br>ครั้งที่ 2)         | 1) ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบผลการประเมินตนเองกับเป้าหมายที่วางไว้<br>2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้บุคคลต้นแบบเชิงบวก แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนวิถี<br>ชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวานแล้วประสบความสำเร็จ สามารถจัดการโรคเบาหวานให้อยู่ใน<br>ภาวะปกติได้<br>3) ทบทวนความรู้และติดตามการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหาร การอดอาหารบาง<br>ช่วงเวลา การเจาะน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง การรับประทานยา การออกกำลังกาย การส่ง<br>ภาพอาหารประจำวัน และการส่งผลระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้ว<br>ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ รวมทั้ง ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับพยาบาลเวชปฏิบัติ<br>4) กิจกรรมออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน                         |
| สัปดาห์ที่ 12<br>(อบรมเชิง<br>ปฏิบัติการ ครั้งที่<br>3)    | 1) ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบผลการประเมินตนเอง<br>กับเป้าหมายที่วางไว้<br>2) กิจกรรมนันทนาการ เพื่อผ่อนคลายความเครียด<br>3) วิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคของตนเองทั้งทางบวกและทางลบ<br>4) การให้รางวัลและมอบกิตติกรรมประกาศ<br>5) ตัวอย่างตอบแบบสอบถามผลการทดลอง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| หมายเหตุ                                                   | ออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิกร่วมกัน ทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| สัปดาห์ที่ 1 - 12                                          | เวลา 17.00-17.45 น. ที่ลานเอนกประสงค์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลักสาม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนจากแบบสอบถาม โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ ) และวิเคราะห์ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล โดยใช้การทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และทดสอบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test:  $\chi^2$ ) และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน วิธีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน วิธีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 28/2567 ให้การรับรองวันที่ 10 ตุลาคม 2567 การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ และกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษา ข้อมูลในการศึกษานี้จะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามถูกทำลายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว การนำเสนอจะเป็นการอภิปรายในภาพรวมและจะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีสัดส่วนของเพศ สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษา การมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน การมีบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะอ้วน การใช้แรงงาน การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ไม่แตกต่างกัน ยกเว้น การประกอบอาชีพในปัจจุบันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 11.13, p < .05$ ) และทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยอายุ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละและการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

| รายการ      | กลุ่มทดลอง (n = 30)  |        | กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30) |        | ค่าสถิติ           | p-value |
|-------------|----------------------|--------|---------------------------|--------|--------------------|---------|
|             | จำนวน                | ร้อยละ | จำนวน                     | ร้อยละ |                    |         |
| เพศ         |                      |        |                           |        | 1.763 <sup>b</sup> | .184    |
| ชาย         | 14                   | 46.70  | 9                         | 30.00  |                    |         |
| หญิง        | 16                   | 53.30  | 21                        | 70.00  |                    |         |
| อายุ (ปี)   | M = 58.33, SD = 9.79 |        | M = 56.90, SD = 10.36     |        | .551 <sup>c</sup>  | .584    |
| สถานภาพสมรส |                      |        |                           |        | 4.286 <sup>a</sup> | .112    |
| โสด         | 2                    | 6.67   | 0                         | .00    |                    |         |
| คู่         | 26                   | 86.66  | 30                        | 100    |                    |         |
| หม้าย       | 2                    | 6.67   | 0                         | .00    |                    |         |

ตาราง 2 (ต่อ)

| รายการ                              | กลุ่มทดลอง (n = 30)   |        | กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30) |        | ค่าสถิติ            | p-value |
|-------------------------------------|-----------------------|--------|---------------------------|--------|---------------------|---------|
|                                     | จำนวน                 | ร้อยละ | จำนวน                     | ร้อยละ |                     |         |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                |                       |        |                           |        | 5.231 <sup>a</sup>  | .171    |
| ประถมศึกษา                          | 22                    | 73.33  | 17                        | 56.66  |                     |         |
| มัธยมศึกษา                          | 4                     | 13.33  | 9                         | 30.00  |                     |         |
| ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา             | 0                     | .00    | 2                         | 6.67   |                     |         |
| ปริญญาตรี                           | 4                     | 13.33  | 2                         | 6.67   |                     |         |
| <b>อาชีพ</b>                        |                       |        |                           |        | 11.134 <sup>a</sup> | .032*   |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ                   | 5                     | 16.67  | 5                         | 16.67  |                     |         |
| เกษตรกร                             | 11                    | 36.67  | 18                        | 59.99  |                     |         |
| ค้าขาย                              | 6                     | 20.00  | 0                         | 0.00   |                     |         |
| รับจ้าง                             | 7                     | 23.33  | 5                         | 16.67  |                     |         |
| รับราชการ                           | 1                     | 3.33   | 2                         | 6.67   |                     |         |
| ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน (ปี)         | $M = 2.93, SD = 1.46$ |        | $M = 2.07, SD = 1.48$     |        | -.351 <sup>c</sup>  | .727    |
| <b>ญาติสายตรงเป็นเบาหวาน</b>        |                       |        |                           |        | 2.069 <sup>a</sup>  | .492    |
| มี                                  | 28                    | 93.33  | 30                        | 100    |                     |         |
| ไม่มี                               | 2                     | 6.67   | 0                         | .00    |                     |         |
| <b>บุคคลในครอบครัวที่มีภาวะอ้วน</b> |                       |        |                           |        | .080 <sup>a</sup>   | 1.000   |
| มี                                  | 9                     | 30.00  | 10                        | 33.33  |                     |         |
| ไม่มี                               | 21                    | 70.00  | 20                        | 66.67  |                     |         |
| <b>ลักษณะการทำงาน</b>               |                       |        |                           |        | .531 <sup>b</sup>   | .912    |
| ไม่ได้ใช้แรงงาน                     | 5                     | 16.67  | 6                         | 20.00  |                     |         |
| ใช้แรงงานน้อย                       | 7                     | 23.33  | 7                         | 23.33  |                     |         |
| ใช้แรงงานปานกลาง                    | 6                     | 20.00  | 4                         | 13.33  |                     |         |
| ใช้แรงงานมาก                        | 12                    | 40.00  | 13                        | 43.34  |                     |         |
| <b>สูบบุหรี่</b>                    |                       |        |                           |        | .351 <sup>a</sup>   | 1.000   |
| ไม่สูบ                              | 29                    | 96.67  | 28                        | 93.33  |                     |         |
| สูบ                                 | 1                     | 3.33   | 2                         | 6.67   |                     |         |
| <b>ดื่มสุรา</b>                     |                       |        |                           |        | 2.641 <sup>a</sup>  | .409    |
| ไม่ดื่ม                             | 24                    | 80.00  | 28                        | 93.33  |                     |         |
| ดื่ม                                | 6                     | 20.00  | 2                         | 6.67   |                     |         |

a = Fisher's Exact test, b = Chi-square test, c = Independent t-test

2. การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง วิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและวิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง วิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง วิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

| ตัวแปร                                           | ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม |       |             | หลังเข้าร่วมโปรแกรม |       |             | t        | p-value |
|--------------------------------------------------|---------------------|-------|-------------|---------------------|-------|-------------|----------|---------|
|                                                  | (n = 30)            |       |             | (n = 30)            |       |             |          |         |
|                                                  | M                   | SD    | ระดับ       | M                   | SD    | ระดับ       |          |         |
| การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน |                     |       |             |                     |       |             |          |         |
| กลุ่มทดลอง                                       | 2.72                | 0.36  | ปานกลาง     | 4.12                | 0.24  | มาก         | -24.09** | <.001   |
| กลุ่มเปรียบเทียบ                                 | 2.98                | 0.43  | ปานกลาง     | 3.05                | 0.46  | ปานกลาง     | -1.07    | .295    |
| วิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน                   |                     |       |             |                     |       |             |          |         |
| กลุ่มทดลอง                                       | 2.80                | 0.31  | ปานกลาง     | 4.20                | 0.78  | มาก         | -30.68** | <.001   |
| กลุ่มเปรียบเทียบ                                 | 3.01                | 0.41  | ปานกลาง     | 3.06                | 0.34  | ปานกลาง     | -.90     | .376    |
| ดัชนีมวลกาย                                      |                     |       |             |                     |       |             |          |         |
| กลุ่มทดลอง                                       | 28.82               | 3.06  | อ้วนระดับ 2 | 27.94               | 3.16  | อ้วนระดับ 2 | 7.61**   | <.001   |
| กลุ่มเปรียบเทียบ                                 | 30.66               | 4.28  | อ้วนระดับ 3 | 30.78               | 4.32  | อ้วนระดับ 3 | -.72     | .475    |
| ระดับน้ำตาลในเลือด                               |                     |       |             |                     |       |             |          |         |
| กลุ่มทดลอง                                       | 129.53              | 29.91 | สูงกว่าปกติ | 120.29              | 28.10 | ปกติ        | 2.78*    | .009    |
| กลุ่มเปรียบเทียบ                                 | 135.77              | 32.13 | สูงกว่าปกติ | 140.17              | 42.10 | สูงกว่าปกติ | -.68     | .505    |

\*  $p < .01$ , \*\* $p < .001$

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง วิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบ และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและวิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกัน ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง วิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

| ตัวแปร                                           | กลุ่มทดลอง |       |             | กลุ่มเปรียบเทียบ |       |             | t      | p      |
|--------------------------------------------------|------------|-------|-------------|------------------|-------|-------------|--------|--------|
|                                                  | (n = 30)   |       |             | (n = 30)         |       |             |        |        |
|                                                  | M          | SD    | ระดับ       | M                | SD    | ระดับ       |        |        |
| การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน |            |       |             |                  |       |             |        |        |
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม                              | 2.72       | 0.36  | ปานกลาง     | 2.98             | 0.43  | ปานกลาง     | -2.583 | .012*  |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรม                              | 4.12       | 0.24  | มาก         | 3.05             | 0.46  | ปานกลาง     | 11.341 | <.001* |
| วิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน                   |            |       |             |                  |       |             |        |        |
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม                              | 2.80       | 0.31  | ปานกลาง     | 3.01             | 0.41  | ปานกลาง     | -2.164 | .035*  |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรม                              | 4.20       | 0.78  | มาก         | 3.06             | 0.34  | ปานกลาง     | 14.112 | <.001* |
| ดัชนีมวลกาย                                      |            |       |             |                  |       |             |        |        |
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม                              | 28.82      | 3.06  | อ้วนระดับ 2 | 30.66            | 4.28  | อ้วนระดับ 3 | -1.915 | .060   |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรม                              | 27.94      | 3.16  | อ้วนระดับ 2 | 30.78            | 4.32  | อ้วนระดับ 3 | -2.894 | .005*  |
| ระดับน้ำตาลในเลือด                               |            |       |             |                  |       |             |        |        |
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม                              | 129.53     | 29.91 | สูงกว่าปกติ | 135.77           | 32.13 | สูงกว่าปกติ | -.778  | .440   |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรม                              | 120.29     | 28.10 | ปกติ        | 140.17           | 42.10 | สูงกว่าปกติ | -2.161 | .035*  |

\*  $p < .05$

### การอภิปรายผล

โปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง และวิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกายลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลตามตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกัน แม้ว่าการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยวิธีการสุ่มเพื่อลดอคติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเพิ่มความเป็นตัวแทนของประชากร แต่ก็ไม่สามารถรับประกันได้ว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจะมีความเท่าเทียมกันทุกตัวแปรตั้งแต่ก่อนการทดลอง โดยเฉพาะตัวแปรด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต ซึ่งมีความแปรปรวนสูงและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม จึงพบว่ากลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม กิจกรรมของโปรแกรมซึ่งมีทั้งการให้ความรู้และการฝึกทักษะการประเมินดัชนีมวลกาย การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว การนับคาร์บ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และอุปสรรคในการปฏิบัติ พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน การจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายร่วมกัน รวมทั้ง การติดตามเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยและครอบครัวจากพยาบาลวิชาชีพ สามารถเป็นวิธีการที่สามารถเข้าถึงและกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Klongdee et al. (2019) ที่ได้ใช้การบรรยายให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารและอาหารแลกเปลี่ยน สอนสาธิตอาหารแลกเปลี่ยนและฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหารแลกเปลี่ยนโดยใช้โมเดลอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และผลการศึกษาของ Poorat et al., (2020) ที่ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการประเมินปัญหาและภาวะคุณภาพ และการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง โดยการติดตามประเมินผลและให้คำปรึกษารายบุคคลและทางโทรศัพท์ ส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลองมีวิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น อาจเป็นผลมาจากกิจกรรมการบันทึกรายการอาหารลงในคู่มือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวานและส่งภาพอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อในไลน์กลุ่ม และเยี่ยมบ้านประเมินรายการอาหารและความเหมาะสม เป็นการให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้ง ติดตามพฤติกรรมออกกำลังกายร่วมกันสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที และให้ออกกำลังกายที่บ้านด้วยตนเองทุกวัน โดยให้ครอบครัวมีส่วนช่วยกระตุ้นเตือน พัฒนาเป็นความเข้าใจในเนื้อหาที่ได้จากการให้ความรู้ นำไปสู่การปฏิบัติได้จริงอย่างสม่ำเสมอและยั่งยืน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการควบคุมโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wannapong and Jairak (2024) ได้ใช้เทคนิค GROW Model ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนการทดลอง

กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายลดลง อธิบายได้ว่า กิจกรรมวิเคราะห์การเลือกอาหารรับประทานที่เหมาะสม ใช้หลักการนับคาร์บ ทำให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทานได้ให้มีสัดส่วนที่สมดุลเหมาะสมกับโรค ร่วมกับการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะเลือดปลายนิ้วด้วยตนเอง การพัฒนาทักษะการอดอาหารบางช่วงเวลา ตามสูตร 12:12 ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำหนักได้ จึงมีดัชนีมวลกายที่ลดลง นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีการออกกำลังกาย ส่งผลทำให้กล้ามเนื้อใช้กลูโคสได้มากขึ้น การมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อส่วนที่ออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นร่วมกับหลอดเลือดฝอยขยายตัวระหว่างที่ออกกำลังกายจะทำให้อินซูลินส่งไปสลายที่กล้ามเนื้อมากขึ้นเช่นเดียวกัน นอกจากนี้การออกกำลังกายยังสามารถควบคุมหิโกลอนน้ำหนักร่างกายได้ ส่งผลให้ดัชนีมวลกายลดลงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaipetch et al., (2025) ที่ได้จัดกิจกรรมกระตุ้นให้เกิดความคาดหวังที่จะจัดการปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน กำหนดเป้าหมายรายบุคคล เรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ บันทึกปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ/วัน รวมถึงกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายในแบบบันทึก ติดตามตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย น้ำหนัก เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนรับประทานอาหารเช้าลดลง

**กลุ่มทดลอง**มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อธิบายได้ว่า กิจกรรมตามโปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จากการที่ผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารและยาให้ตรงเวลา ทำให้ร่างกายได้รับอาหารสอดคล้องกับปริมาณและการออกฤทธิ์ของยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งทำให้การใช้

ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ การรับประทานอาหารตรงเวลาช่วยให้ระบบเผาผลาญของร่างกายทำงานได้ตามปกติ หากรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาร่างกายรู้สึกขาดพลังงาน ระบบการเผาผลาญจะทำงานช้าลงกว่าปกติ ทำให้เผาผลาญแคลอรีได้น้อย รวมทั้ง ลดการรับประทานอาหารจุกจิก และรับประทานยาได้ตรงตามเวลา นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ สามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ เนื่องจากการออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายใช้น้ำตาลในเลือดเพื่อเปลี่ยนเป็นพลังงาน และยังทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายไวต่ออินซูลินมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Duangklad et al. (2020) โดยการให้ความรู้ สร้างความตระหนักรู้ สร้างเสริมทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการตนเอง พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองลดลงจากก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ มีเวลาค่อนข้างสั้นเกินไป ทำให้ไม่สามารถติดตามผลระยะยาวในการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบของกลุ่มทดลองตามมาตรฐาน (มี HbA1c < 6.5% โดยไม่ใช้อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป)

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรนำกิจกรรมตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยปรับให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามประเมินผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อนำไปสู่เบาหวานระยะสงบต่อเนื่อง 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินถึงความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และผลลัพธ์ในการควบคุมโรค เช่น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อน รวมทั้ง ความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่เบาหวานระยะสงบได้เร็วขึ้น

### รายการอ้างอิง

- Chaipetch, N., Tinnachartarak, P., & Khotchanam, M. (2025). Effectiveness of the health behavior change program aimed at diabetes remission in controlling type 2 diabetes at Mueangphotawat Community Health Center, Mueang District, Surat Thani Province. *Sisaket Journal of Research and Health Development*, 4(1), 328–339. (in Thai)
- Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. (2024). *Annual report 2024*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1668120250117072316.pdf> (in Thai)

- Duangklad, K., Lapvongwatana, P., & Chansatitporn, N. (2020). Improvement of self-management program in uncontrolled type II diabetes patients. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(1), 66-83. (in Thai)
- Fujihara, K., Khin, L., Murai, K., Yamazaki, Y., Tsuruoka, K., Yagyuda, N., Yamazaki, K., Maegawa, H., Tanaka, S., Kodama, S., Sone, H., & JDDM Study Group. (2023). Incidence and predictors of remission and relapse of type 2 diabetes mellitus in Japan: Analysis of a nationwide patient registry (JDDM73). *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 25(8), 2227-2235. <https://doi.org/10.1111/dom.15100>
- Garedow, A. W., Jemaneh, T. M., Hailemariam, A. G., & Tesfaye, G. T. (2023). Lifestyle modification and medication use among diabetes mellitus patients attending Jimma University Medical Center, Jimma Zone, Southwest Ethiopia. *Scientific Reports*, 13, 4956. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-32145-y>
- Health Data Center. (2024). *New case rate of diabetes*. <https://hdc.moph.go.th/skn/public/standard-report-detail/eeeab22e386d32e7f5f5ecefefbce0001> (in Thai)
- Health Data Center. (2024). *The percentage of diabetic patients who are obese [BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>] has decreased from the previous budget*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/735890fbb28aa2989052648af8cb4600> (in Thai)
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF diabetes atlas 2021* (10<sup>th</sup> ed.). International Diabetes Federation. <https://diabetesatlas.org/resources/previous-editions/>
- International Diabetes Federation. (2025). *IDF diabetes atlas 2025* (11<sup>th</sup> ed.). <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
- Klongdee, K., Benjakul, S., Kengganpanich, M., & Kengganpanich, T. (2019). Effects of the smart diet program applying the concept of self-regulation for diabetes control in type 2 diabetic patients in hospital for tropical diseases. *Ramathibodi Nursing Journal*, 25(3), 326–339. (in Thai)
- Lean, M. E., Leslie, W. S., Barnes, A. C., Brosnahan, N., Thom, G., McCombie, L., ... & Taylor, R. (2018). Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): An open-label, cluster-randomised trial. *Lancet*, 391, 541-551. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33102-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33102-1)

- Navawatcharin, N., Mayusiri, B., Kiantboon, D., & Nakdontree, P. (2024). The development of type 2 diabetes care model with intensive lifestyle intervention for diabetes remission in community hospital, Chumphon Province. *Journal of Environmental and Community Health*, 9(1), 298-307. (in Thai)
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7<sup>th</sup> ed.). Pearson Education.
- Phajan, T., Suwannaphant, K., Anarat, B., & Thalakorn, N. (2022). Factors associated with glycemic control among type 2 diabetes mellitus patients in Thabo, Nong Khai, Thailand. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(1), 285-298. (in Thai)
- Pingsuttiwong, S. (2019). Nursing care for uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients in community. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 2(3), 59-74. (in Thai)
- Poorat, J., Pichayapinyo, P., & Lagampan, S. (2020). Effects of self-regulation program on glycemic control in patients with uncontrolled type 2 diabetes. *Kuakarun Journal of Nursing*, 27(1), 20-33. (in Thai)
- Puangpet, T., Pongkunakorn, T., Chulkarat, N., Bunlangjit, C., Surawit, A., Pinsawas, B., Mongkolsucharitkul, P., & Mayurasakorn, K. (2022). Control and complications of diabetes in urban primary care units in Thailand: A cross-sectional study. *BMC Primary Care*, 23, 212. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01823-7>
- Rattanaurair, U. & Songbutr, P. (2019). Effects of case management program on uncontrolled diabetes mellitus patients. *Journal of Health Science*, 28(Special), 146-151. (in Thai)
- Ruangsuttipap, C. (2024). Effectiveness of remission service of type 2 diabetes mellitus, Phibun Mangsahan District. *Journal of Environmental Education Medical and Health*, 9(2), 323-330. (in Thai)
- Thanachaikhun, N. (2014). *Basic statistics for research* (4<sup>th</sup> ed.). Witthayaphat. (in Thai)
- Wannapong, P., & Jairak, S. (2024). The effects of a self-management model among uncontrolled type 2 diabetes personnel in Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital. *Journal of Public Health Tak Provincial Health Office*, 4(1), NA. (in Thai)
- Wongudomkong, C., Suwannawong, S., Poonna, K., & Intrarawichian, I. (2024). The results of lifestyle behavior changes on diabetic patients aiming for diabetes remission at Phon Phisai Hospital Community Health Center, Nong Khai Province. *Journal of Environmental and Community Health*, 9(4), 595-605. (in Thai)



## บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า

ในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

Factors Influencing the Intention to Engage in Advance Care Planning  
at the End of Life among Older Adults with Chronic Diseases

ยิ่งยศ เทศหิรัญ<sup>1</sup>, ดาราวรรณ รongเมือง<sup>2\*</sup>, ศักกรินทร์ สุวรรณเวหา<sup>3</sup>

Yingyote Tedring<sup>1</sup>, Daravan Rongmuang<sup>2\*</sup>, Sakkarin Suwanwaha<sup>3</sup>

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

(Received: November 19, 2025; Revised: March 1, 2026; Accepted: March 16, 2026)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังนานกว่า 1 ปี จำนวน 300 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .77, .79, .84 และ .82 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเดียว

ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจเกี่ยวกับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .348$  และ  $.439, p < .001$  ตามลำดับ) ส่วนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งสามปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเอง

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Graduate Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Surathani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

<sup>3</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

ล่วงหน้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ ร้อยละ 21.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Adjusted R^2 = .213$ ,  $F = 27.953$ ,  $p < .001$ )

บุคลากรสุขภาพควรพัฒนากิจกรรมเพื่อการสร้างทัศนคติที่ดี ส่งเสริมความมั่นใจและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าได้

**คำสำคัญ:** การวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า, ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง, พฤติกรรมตามแผน

## Abstract

This descriptive correlational study aimed to examine the factors influencing the intention to engage in advance care planning at the end of life among older adults with chronic illnesses. The sample consisted of 300 older adults who had been diagnosed with a chronic illness for more than one year. Participants were selected using purposive sampling. The research instruments included a demographic questionnaire and standardized questionnaires assessing attitudes, subjective norms, perceived behavioral control, and intention to engage in advance care planning at the end of life. The Cronbach's alpha coefficients of the instruments were .77, .79, .84, and .82, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and multiple regression analysis (enter method).

The results indicated that attitudes toward advance care planning at the end of life and perceived behavioral control were positively associated with the intention to engage in advance care planning at the end of life, with statistical significance ( $r = .348$  and  $.439$ , respectively;  $p < .001$ ). Subjective norms were not significantly associated with intention. Together, these three factors significantly predicted the intention to engage in advance care planning among older adults with chronic illnesses, accounting for 21.30 % of the variance ( $Adjusted R^2 = .213$ ,  $F = 27.953$ ,  $p < .001$ ).

The findings suggest that healthcare providers should develop interventions that promote positive attitudes, enhance perceived behavioral control, and support older adults in making decisions regarding advance care planning.

**Keywords:** Advance care planning, Older adults with chronic diseases, Planned behavior

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางการแพทย์ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.2 ในปี 2564 เป็น 21.44 ในปี 2568 (Department of Older Persons, 2023) แม้ว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่จะช่วยยืดอายุได้ แต่

อายุที่มากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุเผชิญปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมของร่างกายและการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น (Department of Disease Control, 2022) การเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุมีความซับซ้อน และไม่แน่นอน การวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า (advance care planning: ACP) จึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว หรือผู้ที่ให้การดูแล และทีมบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุตัดสินใจวางแผนเกี่ยวกับการดูแลตนเองในวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยตนเอง และควรมีการกระทำไว้ก่อนผู้สูงอายุจะหมดความสามารถในการตัดสินใจ (Hafid et al., 2021; National Health Commission Office, 2022) หากผู้สูงอายุไม่ได้วางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า เมื่ออาการกำเริบรุนแรง อาจเกิดการรักษาที่ยื้อชีวิต (Department of Disease Control, 2022) จนนำไปสู่การทุกข์ทรมาน เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจหรือสวนหัวใจ ผู้สูงอายุบางรายเมื่อมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ด้วยตัวเอง ผู้ดูแลหรือญาติจะเป็นผู้ตัดสินใจแทน ซึ่งอาจไม่ตอบสนองเจตนาของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง (Flannery et al., 2016) อาจนำไปสู่การเสียชีวิตโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า และเกิดความขัดแย้งทางจริยธรรมได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงควรได้รับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุลดความทุกข์ทรมานจากการรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (end of life) ได้รับการรักษาที่เป็นไปตามเจตนา และจากไปอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Tipkanjanaraykha et al., 2017)

การวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า มีบทบาทสำคัญเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เลือกแนวทางการรักษาตามเจตนาธรรมณ์ของตนเอง ลดความทุกข์ทรมาน และจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี (Tipkanjanaraykha et al., 2017) โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของบุคคลในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า มาจากประสบการณ์และการรับรู้ ก่อให้เกิดความตั้งใจที่จะกระทำ (intention) และแสดงพฤติกรรมนั้น และการที่ผู้สูงอายุจะตัดสินใจวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า นั้นผู้สูงอายุต้องมีความตั้งใจในการวางแผนล่วงหน้ามาก่อน สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior: TPB) ซึ่งเป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมที่ใช้ทำนายพฤติกรรมของมนุษย์ อธิบายว่าพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นเป็นผลมาจากความตั้งใจที่จะปฏิบัติ 3 ปัจจัย ได้แก่ ทศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Ajzen, 2006)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในต่างประเทศพบว่า การมีทัศนคติที่ดีและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงจากคู่สมรส แพทย์ และพยาบาล ส่งผลต่อความตั้งใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้า ขณะที่ความเชื่อบางอย่าง เช่น การกลัวการพูดเรื่องความตาย เป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจทำวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า (Cheng et al., 2022) การศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยอัลไซเมอร์ พบว่าการศึกษา ระดับความรู้ และทัศนคติทางบวกเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความตั้งใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้าสูงขึ้น (Hong et al., 2019) สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า ทศนคติ ความรู้ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจได้ ร้อยละ 43.90 (Aunkum et al., 2024) และการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน พบว่ามีระดับความตั้งใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าค่อนข้างต่ำ เนื่องจากยังไม่ป่วย

รุนแรง ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม และเลือกใช้การพูดคุยภายในครอบครัวแทนการทำเอกสารล่วงหน้า (Pimsen et al., 2019) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการที่บุคคลจะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรม ต้องอาศัยทั้งทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้และประสบการณ์ จึงก่อให้เกิดความตั้งใจที่จะกระทำ และแสดงพฤติกรรมนั้น

โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเพชรบุรี มีผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมารับบริการในปี 2564-2568 จำนวน 2,613, 2,876, 2,563, 2,693 และ 2,688 ตามลำดับ ข้อมูลจากงานเวชสถิติ โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง ในปี 2564-2568 พบว่ามีผู้สูงอายุตายด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 15 ราย มีเพียง 5 ราย ได้รับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (Medical Statistics Unit, Nongyaplong Hospital, 2023) ซึ่งการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าเป็นตัวชี้วัดของสาขาการดูแลระยะกลางและการดูแลแบบประคับประคอง แต่การวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าจะถูกดำเนินการเมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือภายหลังการวินิจฉัยที่นำไปสู่การตัดสินใจยุติการรักษาที่มุงยัดชีวิต ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ตามกรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแผนการพยาบาลในการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่เพิ่มมากขึ้น และให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

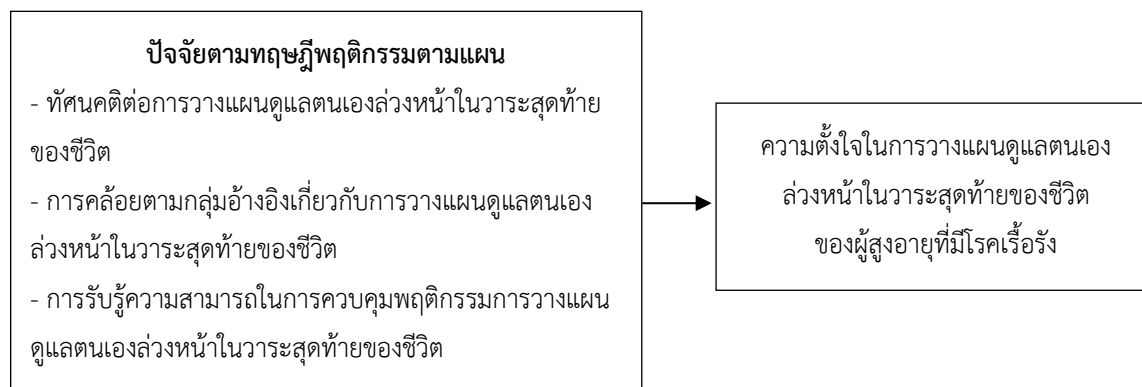
### สมมุติฐานการวิจัย

ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง คัดเลือกตัวแปรตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมของ

บุคคลที่ถูกแสดงออกมานั้นเป็นผลมาจากความตั้งใจ ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ทักษะคิด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งแต่ละปัจจัยมีความเชื่อมโยงกับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้ามากขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



**ภาพ** กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (descriptive predictive correlational research) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน 2568 รายละเอียด ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยในอำเภอนองหงษ์ปล้อง ในปี 2568 จำนวน 2,688 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง อายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง มานานกว่า 1 ปี ซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาลนองหงษ์ปล้อง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดอัตราส่วนระหว่างหน่วยตัวอย่างตามจำนวนตัวแปรต้นของ Hair et al. (2014) เสนอแนะว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ควรมีอย่างน้อย 50 คน ต่อ 1 ตัวแปร การวิจัยนี้มีตัวแปรต้น 3 ตัวแปร ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 150 คน เพื่อเพิ่มอำนาจในการทำนายและความเสถียรของค่าประมาณสำหรับการวิเคราะห์ของสถิติการถดถอยพหุ ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น อย่างน้อย 50 คน ต่อ 1 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 300 คน (Bujang et al., 2017)

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน (E10–E14) โรคความดันโลหิตสูง (I10–I15) โรคหลอดเลือดสมอง (I60–I64) โรคหัวใจและหลอดเลือด (I20–I25) โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44) โรคหอบหืด (J45) โรคมะเร็ง (C00–C97) และโรคไตเรื้อรัง (N180–N189) และเป็นมาแล้วมากกว่า

1 ปี 2) ไม่มีความบกพร่องในการรู้คิด ประเมินโดยแบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด คะแนนต้อง < 8 คะแนน (Aree-ue & Youngcharoen, 2020) 3) ไม่มีภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย คะแนนต้อง < 6 คะแนน (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) 4) อ่านออก เขียนได้ และสื่อสารภาษาไทยได้ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีอาการเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ จนไม่สามารถให้ข้อมูลการวิจัยได้อย่างครบถ้วน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

### 1. แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.1 แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด ของ Brooke and Bullock (1999) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย Aree-ue and Youngcharoen (2020) มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 มีความไว เท่ากับ 78.57% และมีค่าความจำเพาะ เท่ากับ 100% ประกอบด้วย 1) การรับรู้สภาวะรอบตัว จำนวน 3 ข้อ 2) ความตั้งใจ จำนวน 2 ข้อ และ 3) ความจำ จำนวน 1 ข้อ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน คือ ระหว่าง 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด และ 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง อาจมีความบกพร่องทางการรู้คิด

1.2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ซึ่งมีต้นฉบับภาษาอังกฤษของ Sheikh and Yesavage (1986) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบมี 2 ลักษณะคือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” การให้คะแนนคือ 0 หรือ 1 คะแนน การคิดคะแนน ให้ 1 คะแนน หากตอบว่าใช่ ในข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 และ 15 ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ไม่ใช่ในข้อ 1, 5, 7, 11 และ 13 มีคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

ระหว่าง 0-5 คะแนน หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ระหว่าง 6-10 คะแนน หมายถึง เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ระหว่าง 11-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

### 2. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ สถานะทางเศรษฐกิจ ประวัติการเจ็บป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และประวัติการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต

2.2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต จำนวน 10 ข้อ โดยข้อคำถามทางบวก คือ ข้อ 1, 3, 5, 7 และ 9 และข้อคำถามทางลบ คือ ข้อ 2, 4, 6, 8 และ 10

2.3 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ โดยข้อคำถามทางบวก คือ ข้อ 1, 3, 5, 8, 9 และ 10 และข้อคำถามทางลบ คือ ข้อ 2, 4, 6 และ 7

2.4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ โดยข้อคำถามทางบวก คือ ข้อ 1, 3, 5, 7 และ 9 และข้อคำถามทางลบ คือ ข้อ 2, 4, 6, 8 และ 10

2.5 แบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ โดยกำหนดคำถามทางบวก คือ ข้อ 1, 3 และ 5 มีข้อคำถามทางลบ คือ ข้อ 2 และ 4

แบบสอบถามในข้อ 2.2 – 2.5 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) คัดคะแนนเฉลี่ย มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Kannasoot, 1999)

|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| ระหว่าง 3.67-5.00 คะแนน | หมายถึง ระดับสูง     |
| ระหว่าง 2.34-3.66 คะแนน | หมายถึง ระดับปานกลาง |
| ระหว่าง 1.00-2.33 คะแนน | หมายถึง ระดับต่ำ     |

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามแบบสอบถามทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านการดูแลแบบประคับประคอง และด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีค่า CVI เท่ากับ .80, 1.00, 1.00 และ .80 ตามลำดับ ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ .77, .79, .84 และ .82 ตามลำดับ

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ทั้งสองแห่งแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่เวชสถิติของโรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี เพื่อดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรัง และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน 2568 ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่ 08.00 – 16.00 น. โดยผู้วิจัยขอให้หัวหน้าแผนกหรือผู้ปฏิบัติงานหน้างานประชาสัมพันธ์และแนะนำโครงการวิจัยเบื้องต้นในระหว่างรอตรวจ หรือรอรับบริการ

3. เมื่อมีกลุ่มตัวอย่างแสดงความสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบเลขประจำตัวและแฟ้มเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้าแนะนำโครงการวิจัยเบื้องต้น หากกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจ ผู้วิจัยจึงจะชี้แจงรายละเอียดโครงการต่อไป

4. ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างไปยังห้องตรวจที่ว่าง หรือมุมที่มีความเงียบสงบและเป็นส่วนตัว ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ จึงดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างลงนามแสดงความยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร

5. อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามด้วยตัวเอง หากมีข้อสงสัยในการอ่านข้อคำถาม ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟัง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตัวเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที

6. หลังจากผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบทั้ง 300 รายแล้ว นำมาลงข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์

2. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ )

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( $r$ ) กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่า  $r$  ดังนี้ (Cohen, 1992)

|                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| $< \pm .30$                 | หมายถึง ระดับต่ำ     |
| ระหว่าง $\pm .30 - \pm .49$ | หมายถึง ระดับปานกลาง |
| $\geq \pm .50$              | หมายถึง ระดับสูง     |

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ด้วยสถิติสมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis: MRA) แบบใส่ข้อมูลพร้อมกันในขั้นตอนเดียว (enter) ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ 1) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร VIF อยู่ระหว่าง 1.004 -1.485 และค่า Tolerance อยู่ระหว่าง .679-.996 แสดงว่าตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง 2) พิจารณา Scatter Plot ของ Standardized Residuals มีค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ 3) ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ โดยใช้สถิติ Kolmogorov -Smirnov Test มีค่า p-value = .20 และ ค่า Skewness และ Kurtosis อยู่ในช่วง -1 ถึง +1 แสดงถึงการแจกแจงเป็นโค้งปกติ และ 4) ค่าเฉลี่ยของค่าคลาดเคลื่อน (mean of residuals) มีค่าเท่ากับ .000

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี วันที่ 15 พฤศจิกายน 2567 (รหัสหนังสือรับรอง PBEC No. 47/2567) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ วันที่ 14 มกราคม 2568 (รหัสหนังสือรับรอง IRB. BCNB-2568-02) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น รวมทั้ง การชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วม การวิจัยและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลการวิจัยจะถูกทำลายภายหลังที่งานวิจัยได้ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.70 อายุเฉลี่ย 65.02 ปี ( $SD = 3.03$ ) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.70 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.00 ส่วนมากมีบุตร 3 - 4 คน ร้อยละ 42.70 รองลงมา มีบุตร 1-2 คน ร้อยละ 39.70 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน ธิดา ร้อยละ 83.30 รายได้เฉลี่ย 3,417.03 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 58.06 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 19.65 ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1-2 โรคต่อคน ร้อยละ 90.00 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 78.30 และไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ร้อยละ 93.70 และไม่เคยสูญเสียบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รักในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 70.30

2. ระดับความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต ในระดับปานกลาง ( $M = 3.11, SD = .63$ ) มีทัศนคติต่อการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต ในระดับปานกลาง ( $M = 3.24, SD = .60$ ) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้าย ในระดับปานกลาง ( $M = 2.93, SD = .72$ ) และมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต ในระดับปานกลาง ( $M = 2.97, SD = .53$ ) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ของความตั้งใจเกี่ยวกับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า ในวาระสุดท้ายของชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (*n* = 300)

| รายการ                                                                                          | <i>M</i> | <i>SD</i> | ระดับ   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|---------|
| ความตั้งใจเกี่ยวกับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า                                                   | 3.11     | .63       | ปานกลาง |
| ท่านจะมอบหมายให้ผู้ตัดสินใจแทนดูแลการตัดสินใจเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง                              | 3.66     | 1.05      | ปานกลาง |
| ท่านตั้งใจที่จะพูดคุยกับครอบครัว แพทย์ และพยาบาล เกี่ยวกับการตัดสินใจวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า | 3.52     | .87       | ปานกลาง |
| ท่านตั้งใจที่จะทำพินัยกรรมชีวิตเพื่อวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร              | 3.43     | .84       | ปานกลาง |
| ท่านยังไม่ได้คิดว่าการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าต้องทำในตอนนี้                                     | 2.77     | 1.20      | ปานกลาง |
| ท่านยังไม่พร้อมที่จะวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในตอนนี้                                             | 2.15     | .84       | ต่ำ     |
| ทัศนคติต่อการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า                                                            | 3.24     | .60       | ปานกลาง |
| การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า                                      | 2.93     | .72       | ปานกลาง |
| การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า                                   | 2.97     | .53       | ปานกลาง |

3. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .348, .439, p < .001$  ตามลำดับ) ส่วนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต (*n* = 300)

| ตัวแปร                                   | 1     | 2     | 3     | 4    |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|------|
| 1.ทัศนคติ                                | 1.00  |       |       |      |
| 2.การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง                | .032  | 1.00  |       |      |
| 3.การรับรู้ความสามารถในการควบคุม         | .570* | .062  | 1.00  |      |
| 4.ความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า | .348* | -.091 | .439* | 1.00 |

\* $p < .001$

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง การวิเคราะห์ครั้งนี้ ผู้วิจัยนำตัวแปรเข้าสมการพร้อมกันทั้งหมดด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเดียวตามกรอบแนวคิดทางทฤษฎี พบว่า ทักษะคิด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 21.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Adjusted R^2 = .213, F = 27.953, p < .001$ ) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายได้มากที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า ( $Beta = .365, p < .001$ ) รองลงมา คือ ทักษะคิดต่อการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า ( $Beta = .143, p = .022$ ) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า ( $Beta = -.118, p = .022$ ) ดังตาราง 3

ตาราง 3 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง (n = 300)

| ตัวแปร                         | b     | SE    | Beta   | t      | p-value |
|--------------------------------|-------|-------|--------|--------|---------|
| ค่าคงที่                       | 8.980 | 2.078 |        | 4.321  | <.001   |
| ทักษะคิด                       | .091  | .040  | .143*  | 2.296  | .022    |
| การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง        | -.132 | .057  | -.118* | -2.296 | .022    |
| การรับรู้ความสามารถในการควบคุม | .256  | .044  | .365** | 5.833  | <.001   |

$R = .470, R^2 = .221, Adjusted R^2 = .213, F = 27.953, *p < .05, **p < .001$

## การอภิปรายผล

1. ความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมความตั้งใจเกี่ยวกับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.11, SD = .63$ ) แสดงถึงความตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ยังไม่แสดงความต้องการของตนเองอย่างชัดเจน และผู้สูงอายุเลือกที่จะมอบหมายให้ผู้ตัดสินใจแทนเป็นผู้ดูแลการตัดสินใจด้านการรักษาเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ( $M = 3.66, SD = 1.03$ ) อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1-2 โรค ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมอาการได้ ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพค่อนข้างดี จึงยังไม่มีแรงจูงใจเพียงพอในการเริ่มต้นวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าอย่างจริงจัง (Sritharathikun & Nethipoomkun, 2021) และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและมีผู้ดูแลใกล้ชิด อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามิบุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือคู่ครองมีแนวโน้มที่จะวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าน้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง (Suntai, 2022) รวมทั้ง ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต และยังไม่เคยมีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัวในช่วง

10 ปีที่ผ่านมา ทำให้ยังไม่คิดถึงความเป็นจริงของการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหรือเคยผ่านประสบการณ์ที่ต้องตัดสินใจเรื่องการรักษามาแล้วนั้น จะมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าได้ (Aunkum et al., 2024)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่าทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มองว่าการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้ามีประโยชน์ ช่วยให้ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ และสร้างความมั่นใจว่าความปรารถนาของตนจะได้รับการเคารพ มีแนวโน้มที่จะเกิดความตั้งใจในการวางแผนดังกล่าวมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (2006) ที่ระบุว่าทัศนคติเชิงบวก และการรับรู้ความยากง่ายของพฤติกรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Takeshita et al. (2021) และการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า ทัศนคติ และการรับรู้ความสามารถเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า Aunkum et al. (2024)

ในขณะที่การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งอาจสะท้อนถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของสังคมไทย โดยเฉพาะการพูดคุยเรื่องความตายหรือการดูแลในวาระสุดท้ายยังเป็นเรื่องอ่อนไหว และผู้สูงอายุมองขาดประสบการณ์หรือความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า ทำให้แรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดยังไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดความตั้งใจอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2024) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากยังไม่คุ้นเคยกับแนวคิดการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการพูดคุยเรื่องนี้ในครอบครัวยังถือเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมองไม่เกิดความตั้งใจในการวางแผนดังกล่าว

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าองค์ประกอบตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนทั้ง 3 องค์ประกอบมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เนื่องจากความตั้งใจของบุคคลเกิดจากทัศนคติของบุคคล การรับรู้แรงกดดันหรือความคาดหวังจากกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม (Ajzen, 2006) โดยทั้งสามปัจจัยร่วมกันทำนายความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hong et al. (2019) พบว่า ทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีอิทธิพลทางบวกต่อความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ได้ อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลในทิศทางลบต่อความตั้งใจ ทั้งนี้

เนื่องจากสังคมไทยมักปกปิดความจริง หลีกเลี่ยงการพูดคุยเรื่องความตาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Pairojkul et al. (2023) ที่พบว่าหากบุคคลใกล้ชิดมีทัศนคติทางลบต่อการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า จะส่งผลต่อการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและลดความตั้งใจของผู้สูงอายุในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต

### ข้อจำกัดการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามทั้งในรูปแบบที่ผู้สูงอายุอ่านและตอบด้วยตนเอง และรูปแบบที่ผู้วิจัยอ่านคำถามให้ผู้สูงอายุฟัง ซึ่งอาจก่อให้เกิดความแตกต่างในการเข้าใจข้อความ และการตีความ ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้ อาจได้รับอิทธิพลจากผู้เก็บข้อมูลหรือข้อมูลที่เกิดอคติจากการเก็บข้อมูลได้

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลควรประเมินความพร้อมและความต้องการของผู้สูงอายุในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า ทั้งการประเมินทัศนคติ การรับรู้ และความตั้งใจเกี่ยวกับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า ก่อนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะความเชื่อว่าจะสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และความกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในอนาคต พร้อมทั้งให้ข้อมูลที่ชัดเจนว่าการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าเป็นกระบวนการที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยการให้ความรู้แก่ครอบครัวร่วมกับผู้ป่วย จัดกระบวนการพูดคุยที่เน้นให้ครอบครัวรับฟังความต้องการของผู้สูงอายุ และสนับสนุนการตัดสินใจของผู้สูงอายุ มากกว่าการตัดสินใจแทนหรือหลีกเลี่ยงการพูดคุยเรื่องวาระสุดท้าย เพื่อช่วยลดความขัดแย้ง และเพิ่มการยอมรับต่อการตัดสินใจของผู้สูงอายุเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์จริง

#### ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า บนพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยเฉพาะการคล้อยตามของกลุ่มอ้างอิงของบุคคลใกล้ชิดของผู้สูงอายุ ในการรับรู้เกี่ยวกับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า เพื่อให้เกิดความเข้าใจในบริบทของสังคมไทย ส่งเสริมความตั้งใจในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(1), 179–221. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2006). *Constructing a theory of planned behaviour questionnaire: Conceptual and methodological consideration*. <http://www.people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>

- Aree-Ue, S., & Youngcharoen. (2020). The 6 item cognitive function test-Thai version: psychometric property testing. *Ramathibodi Nursing Journal*, 26(2), 188–202. (in Thai)
- Aunkum, S., Matchim, Y., Kanhasing, R., & Boontoi, T. (2024). The intention to engage in advanced care planning among patients with heart failure. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 17(3), 15–34. (in Thai)
- Bujang, M. A., Sa'at, N., & Bakar, T. M. I. T. A. (2017). Determination of minimum sample size requirement for multiple linear regression and analysis of covariance based on experimental and non- experimental studies. *Epidemiology, Biostatistics, and Public Health*, 14(3), e12117-3. <https://doi.org/10.2427/12117>
- Cheng, H. C., Ke, L. S., Chang, S. Y., Huang, H. Y., Ku, Y. C., & Lee, M. J. (2022). Knowledge, attitudes, and behavioral intentions of elderly individuals regarding advance care planning: Questionnaire development and testing. *Plos One*, 17(7), e0272351. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272351>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Department of Disease Control. (2022). *Thailand national report on non-communicable diseases 2022*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Older Persons. (2023). *Report on the situation of Thai older persons 2023*. Ministry of Social Development and Human Security. (in Thai)
- Flannery, L., Ramjan, L. M., & Peters, K. (2016). End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU) - Exploring the experiences of ICU nurses and doctors - A critical literature review. *Australian Critical Care*, 29(2), 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.07.004>
- Hafid, A., Howard, M., Guenter, D., Elston, D., Fikree, S., Gallagher, E., Winemaker, S., & Waters, H. (2021). Advance care planning conversations in primary care: A quality improvement project using the Serious Illness Care Program. *BMC Palliative Care*, 20(1), 122. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00817-z>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate data analysis* (7<sup>th</sup> ed.). Pearson.
- Hong, M., Casado, B. L., & Lee, S. E. (2019). The intention to discuss advance care planning in the context of Alzheimer's disease among Korean Americans. *The Gerontologist*, 59(2), 347-355. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx211>
- Kannasoot, P. (1999). *Statistics for behavioral science research* (3<sup>rd</sup> rev. ed.). Chulalongkorn University Press. (in Thai)

- Lee, H. S., Yang, C. L., Leu, S. V., & Hu, W. Y. (2024). Barriers to initiate a discussion about advance care planning among older Taiwanese residents of nursing homes and their families: A qualitative study. *Applied Nursing Research*, 75, 151766. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2024.151766>
- Medical Statistics Unit, Nongyaplong Hospital. (2025). *Chronic disease patient data report*. Nongyaplong Hospital. (in Thai)
- National Health Commission Office. (2022). *Thai standards for advance care planning, B.E. 2565*. Phimsiripattana. (in Thai)
- Pairojkul, S., Raksataya, A., Sorasit, C., Horatanaruang, D., & Jarusomboon, W. (2023). Thailand's experience in advance care planning. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 180, 85-89. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.05.010>
- Pimsen, A., Wirojatana, W., & Jintramontree, N. (2019). Community-dwelling older adults' attitudes, subjective norm, perceived behavioural control, and intention to make living wills. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 34(1), 74-87. (in Thai)
- Sritharathikun, P., & Nethipoomkun, S. (2021). Impact of advance care planning on the end-of-life care in Maesot palliative care clinic, Tak Province, Thailand. *Journal of Primary Care and Family Medicine*, 4(1), 97-111. (in Thai)
- Suntai, Z. (2022). Creation of a living will in older adulthood: Differences by race and ethnicity. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 86(2), 721-737. <https://doi.org/10.1177/0030222821991321>
- Takeshita, Y., Kaneko, F., & Okamura, H. (2021). Factors associated with facilitating advance care planning based on the theory of planned behaviour. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 51(6), 942-949. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyab038>
- Tipkanjanaraykha, K., Saleekul, S., Apisitwasana, N., & Thiammok, M. (2017). Advance care planning for a good death. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(3), 138-145. (in Thai)
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). Prevalence of major depressive disorders and suicide in long term care facilities: A report from northern Thailand. *Psychogeriatrics*, 12(1), 11-17. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2011.00383.x>

## บทความวิจัย (Research article)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่  
ความคิดเห็นและประสบการณ์การให้บริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า  
ของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ

The Relationship between Health Literacy to Smoking Cessation  
Assistance Behavior, Opinions and Experiences of Health Service  
about E – Cigarette among Primary Healthcare Providers

ธนวัฒน์ รวมสุข<sup>1</sup>, พัทธารักษ์ ไชยสังข์<sup>2\*</sup>, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ<sup>3</sup>,  
รุจิราภรณ์ มหานิล<sup>4</sup>, พัชรีย์ สุรัสโม<sup>5</sup>

Tanawat Ruamsook<sup>1</sup>, Phatcharaphan Chaiyasung<sup>2\*</sup>, Kunwadee Rojpaisarnkit<sup>3</sup>,  
Rujiraporn Mahanil<sup>4</sup>, Patcharee Surusmo<sup>5</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: phatcharaphan\_c@rmutt.ac.th)

(Received: October 10, 2025; Revised: March 7, 2026; Accepted: March 8, 2026)

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 282 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และ 2) ศึกษาความคิดเห็น ประสบการณ์และบทบาทการให้บริการด้านการควบคุมบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

<sup>3</sup> รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

Associate Professor, Faculty of Science and Technology, Rajabhat Rajanagarindra University

<sup>4</sup> พยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย

Registered Nurse, Nurse Network on Tobacco Control of Thailand

<sup>5</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

Registered Nurse (Professional Level), Bang Nam Priao Hospital, Chachoengsao Province

ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 11 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิมีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรม การช่วยเหลือบุหรี่อยู่ในระดับดี ( $M = 120.64, SD = 14.60$  และ  $M = 26.98, SD = 6.48$  ตามลำดับ) และ ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการช่วยเหลือบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .539, p < .001$ )

2. บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิมีความคิดเห็นต่อบุหรี่ไฟฟ้าในเชิงลบ ทั้งต่อผู้สูบบุหรี่ และคนรอบข้าง และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ มีบทบาทและประสบการณ์ในการให้ความรู้ คัดกรอง การให้คำแนะนำ และการช่วยเหลือบุหรี่ ปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ บุหรี่ไฟฟ้าเข้าถึงได้ง่าย ขาดความตระหนักถึงอันตราย ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง และมีบุคคลแบบอย่างที่ไม่เหมาะสม มีข้อเสนอแนะใน การควบคุมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ การสร้างมาตรการของชุมชน บังคับใช้กฎหมายและควบคุมอย่างจริงจัง รวมทั้ง การให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างสม่ำเสมอ

ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิในการควบคุมการใช้บุหรี่ ไฟฟ้า และมีการใช้กฎหมายหรือมาตรการเคร่งครัด เพื่อการควบคุมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและป้องกันนักสูบ หน้าใหม่ในชุมชน

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ทางสุขภาพ, บุหรี่ไฟฟ้า, บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ, บริการสุขภาพปฐมภูมิ

## Abstract

This mixed-methods research aimed to 1) examine the relationship between e-cigarette health literacy and smoking cessation assistance behavior among primary healthcare providers, and 2) explore their opinions and experiences and roles in providing tobacco and e-cigarette control services. For the quantitative phase, a total of 282 primary healthcare providers working in sub-district health promoting hospitals in Chachoengsao Province were recruited. Data were collected using questionnaires on e-cigarette health literacy and smoking cessation assistance behavior with Cronbach's alpha coefficient of .97. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation. For the qualitative phase, 11 primary healthcare providers were purposively selected and participated in in-depth interviews. Data were analyzed using content analysis. The results showed that.

1. The primary healthcare providers had a high level of e-cigarette health literacy and smoking cessation assistance behavior ( $M = 120.64, 26.98; SD = 14.60, 6.48$ , respectively). E-cigarette health literacy was significantly positively correlated with smoking cessation assistance behavior ( $r = .539, p < .001$ ).

2. Qualitative findings indicated that primary healthcare providers perceived e-cigarettes negatively, recognizing their harmful effects on both users and bystanders and their association with various diseases. They reported roles and experiences in providing health education, screening, counseling, and smoking cessation support. Key barriers included easy accessibility of e-cigarettes, lack of awareness of their health risks, misconceptions about their safety, and inappropriate role models.

Recommendations for controlling e-cigarette use included strengthening community-based measures, enforcing tobacco control laws more strictly, and providing continuous education and capacity-building for personnel involved in tobacco control.

**Keywords:** Health literacy, E-cigarette, Primary healthcare providers, Primary health care

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรี่ไฟฟ้า (Electronic cigarette หรือ E-cigarette) เป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ใช้กันทั่วโลกและมีหลากหลายประเภท ทั้งแบบที่มีสารนิโคติน (electronic nicotine delivery system: ENDS) และไม่มีนิโคติน (electronic non-nicotine delivery system: ENNDS) ซึ่งใช้ระบบความร้อนจากแบตเตอรี่ทำให้ของเหลวที่บรรจุอยู่กลายเป็นละอองลอยออกไป เพื่อให้ผู้สูบหรือผู้ที่ได้กลิ่นสูดดมเข้าไป ละอองที่ลอยออกมา เรียกว่า ของเหลวอิเล็กทรอนิกส์ (E-liquid) ที่มีหรือไม่มีนิโคตินก็ได้แต่ไม่ใช่ยาสูบ และมักจะมีสารเติมแต่งรสชาติและสารเคมีที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (World Health Organization, 2023) ผู้ที่ได้รับความหรือโรกระยะจากบุหรี่ไฟฟ้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหอบหืด รวมไปถึงเกิดความไม่สุขสบายเมื่อได้สัมผัสโรกระยะจากบุหรี่ไฟฟ้าได้เช่นกัน (Tigova et al., 2018; Alnajem et al., 2020) สถานการณ์บุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยมีแนวโน้มการใช้ที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยที่เริ่มใช้น้อยลง แม้ว่าการนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งที่มีกฎหมายก็ตาม ดังผลการศึกษาพบว่า เพศชายมีการใช้มากถึงร้อยละ 89.10 ช่องทางการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าคือ สื่อสังคมออนไลน์และจัดซื้อแบบออนไลน์ เหตุผลในการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเนื่องจากคิดว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีผลเสียน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป ร้อยละ 81 สามารถช่วยให้เลิกบุหรี่ทั่วไปได้ ร้อยละ 80.60 และ ไม่มีกลิ่นเหม็น ร้อยละ 58.20 (Chankaew et al., 2022)

ประเทศไทยได้นำแนวทางการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบภายใต้กรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) ซึ่งมุ่งลดอุปสงค์การบริโภคยาสูบ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน เพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ (World Health Organization, 2023) องค์การอนามัยโลกได้เสนอชุดมาตรการ MPOWER (M: monitor การติดตาม กำกับกับการบริโภคยาสูบ และนโยบายควบคุมยาสูบ P: protect การปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ O: offer การให้ความช่วยเหลือในการเลิกใช้ยาสูบ W: warn การเตือนให้ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ E: enforce การบังคับใช้กฎหมายห้ามโฆษณา และการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ) และ R: raise การขึ้นภาษียาสูบ) เพื่อควบคุมยาสูบอย่างเป็นระบบ และ

ช่วยลดจำนวนผู้สูบบุหรี่และผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2019) ร่วมกับมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ได้ขยายความหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์ที่มีนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งรวมถึงบุหรี่ไฟฟ้า ส่งผลให้ประเทศไทยใช้มาตรการควบคุมอย่างเข้มงวดตามหลักการป้องกันไว้ก่อน เนื่องจากยังขาดหลักฐานความปลอดภัยที่ชัดเจน (Health Systems Research Institute, 2018) อย่างไรก็ตาม ยังคงพบการเข้าถึงและการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กและเยาวชนอย่างต่อเนื่อง สะท้อนช่องว่างระหว่างนโยบายกับพฤติกรรมสุขภาพจริง

บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ให้คำปรึกษา และสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า แต่งานวิจัยต่างประเทศพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ยังขาดความรู้และแนวปฏิบัติที่เป็นระบบ (World Health Organization, 2022) ขณะที่ในประเทศไทยงานวิจัยด้านการให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ายังมีจำกัด ซึ่งอาจส่งผลให้การป้องกันและการสร้างทักษะการปฏิเสธในกลุ่มเด็กและเยาวชนยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพด่านหน้า ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนเชิงรุก เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและเท่าเทียม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี (Bureau of Policy and Strategy, 2015) รวมทั้ง มีบทบาทสำคัญในการควบคุมและลดการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในชุมชน เนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนและเยาวชนมากที่สุด ดังผลการศึกษาพบว่า องค์กรด้านสุขภาพควรมีบทบาทในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะอันตรายและผลกระทบต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้และสนับสนุนการป้องกันปัญหาการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในระดับชุมชน (Chankaew et al., 2022)

ความรู้ทางสุขภาพ (health literacy: HL) เป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเองและผู้อื่น จำแนกเป็นระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ (Nutbeam, 2008) ในบริบทของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีข้อมูลชุดความเชื่อที่ขัดแย้งกันอย่างแพร่หลาย ความรู้ทางสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิในการควบคุมยาสูบในชุมชนได้ โดยจากผลการศึกษาการส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพ พบว่าช่วยให้ประชาชนในชุมชนสามารถลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ruamsook, 2021) ดังนั้น ความรู้ทางสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ จึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการควบคุมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืนหากบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิมีระดับความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าที่เหมาะสม จะสามารถปฏิบัติบทบาทในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และเหมาะสมแก่ประชาชน รวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพ

จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นพื้นที่ในโครงการเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) เสี่ยงต่อการเพิ่มพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนตามแนวโน้มเดิมที่พบการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากการถูกเพื่อนชักชวน จึงควรมีการศึกษาข้อมูลในพื้นที่เพื่อวางแผนมาตรการป้องกันและลดภาระทาง

เศรษฐกิจและสุขภาพในระยะยาว (Chachoengsao Province, 2023) ร่วมกับมีผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนอาชีวศึกษาจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 48.50 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าคือ 14.90 ปี การสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการมีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า (Cherdsook, 2024) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาความคิดเห็นต่อบุหรี่ไฟฟ้า ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และประสบการณ์ในการให้บริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิในเขตอำเภอเมืองจังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษามาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพในการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในชุมชน รวมไปถึงผลักดันให้เกิดนโยบายที่พึงปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันเพื่อควบคุมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรม การช่วยเหลือบุหรี่ของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อบุหรี่ไฟฟ้า ประสบการณ์การให้บริการ บทบาทการให้บริการด้านการควบคุมบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed methods research) แบบตามลำดับอธิบายผล (explanatory sequential design) โดยบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam (2008) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมการช่วยเหลือบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิในจังหวัดฉะเชิงเทรา ควบคู่ไปกับการศึกษาเชิงลึกผ่านความคิดเห็น ประสบการณ์การให้บริการ และบทบาทในการควบคุมยาสูบ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed methods research) แบบตามลำดับอธิบายผล (explanatory sequential design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน 2567 - กุมภาพันธ์ 2568 รายละเอียด ดังนี้

**ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ** ดำเนินการในช่วงเดือนกันยายน - ธันวาคม 2567

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ทันตภิบาล และแพทย์แผนไทย จังหวัดฉะเชิงเทรา ในปีงบประมาณ 2568 จำนวน 892 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีของ Krejcie and Morgan (1970) กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 269 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 296 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากทุกอำเภอของ จังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้งหมด 11 อำเภอ ซึ่งมีจำนวน รพ.สต. 119 แห่ง ตามสัดส่วนของจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของแต่ละ รพ.สต. ๆ ละ 2 – 4 คน จนครบตามที่กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างน้อย 6 เดือน 2) ไม่อยู่ในระหว่างลาคลอด/ อุปสมบท ลาศึกษาต่อหรือลาอบรมระยะสั้น และมีเกณฑ์คัดออก คือ ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานออกนอกจังหวัด และให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน

1. ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และ บุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า

2. แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า พัฒนาจากแบบสอบถามของ Ruamsook (2023) โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam (2008) และการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (Department of Health Service Support, 2016) จำนวน 30 ข้อ จำแนกเป็น 6 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ การโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยน เรียนรู้ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างมากที่สุด (5 คะแนน) ตามลำดับจนถึงน้อยที่สุด (1 คะแนน) คิดคะแนนรวม ระหว่าง 30-150 คะแนน จำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (110-150 คะแนน) ระดับปานกลาง (70-109 คะแนน) และระดับไม่ดี (30-69 คะแนน)

3. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือบุหรี่ พัฒนาจากแบบสอบถามของ Ruamsook (2021) จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ระหว่างปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ตามลำดับจนถึงไม่เคยปฏิบัติ (0 คะแนน) คิดคะแนนรวม ระหว่าง 0-30 คะแนน จำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (20-30 คะแนน) ระดับปานกลาง (10-19 คะแนน) และ ระดับไม่ดี (0-9 คะแนน)

**การตรวจสอบคุณภาพที่ใช้ในการวิจัย**

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ปรับแก้ตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ เท่ากับ .97

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อผู้ประสานงานในแต่ละอำเภอ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มอบหมายให้นำแบบสอบถามไปมอบให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าในแต่ละ รพ.สต.

2. ผู้ประสานงานดำเนินการให้ข้อมูลการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างโดยอ่านจากเอกสารแสดงความยินยอมโดยการบอกกล่าวในส่วนแรกของแบบสอบถามจนเข้าใจ จากนั้นให้ลงนามแสดงความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร จึงลงมือตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้ประสานงานนำแบบสอบถามทั้งหมดบรรจุในซองที่ผู้วิจัยกำหนด เมื่อครบถ้วนตามจำนวนแล้ว ผู้วิจัยจึงเดินทางไปรับกลับคืนด้วยตนเอง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ทั่วไป คำนวณจากแบบสอบถามโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ )

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation ซึ่งทำการตรวจสอบการแจกแจงเป็นปกติ (normality) ของทั้ง 2 ตัวแปรโดยใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov Test (KS Test) มีค่า  $p$ -value  $>.05$

**ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ** ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2568

ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 11 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อเป็นตัวแทนอำเภอ ๆ ละ 1 ราย โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างน้อย 6 เดือน 2) รับผิดชอบงานในการให้บริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่หรือยาเสพติดของหน่วยงาน และ 3) มีประสบการณ์ในการช่วยเลิกบุหรี่

เก็บรวบรวมโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อบุหรี่ไฟฟ้า บทบาทการให้บริการด้านการควบคุมบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบัน ประสบการณ์ในการให้บริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานการควบคุมบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามประเด็นข้างต้นจนข้อมูลมีความอิ่มตัว (Malterud et al., 2016) วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (หนังสือรับรองเลขที่ PH\_CCO\_REC 097 ลงวันที่ 10 กันยายน 2567)

ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรม การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และทำลายข้อมูลการวิจัย เมื่อตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัยเรียบร้อยแล้ว

## ผลการวิจัย

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมการช่วยเหลือ บุหรี่ของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.70 เพศชาย ร้อยละ 16.30 อายุอยู่ระหว่าง 30 – 44 ปี ร้อยละ 53.90 อายุ 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.53 และ อายุ 18 – 29 ปี ร้อยละ 20.57 ระดับการศึกษาปริญญาตรี 90.10 สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 6.00 และต่ำกว่าปริญญาตรี 3.90 ตำแหน่งในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข/นักสาธารณสุข ร้อยละ 56.38 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 32.62 ทันตภิบาล 8.16 และแพทย์แผนไทย 2.84 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มากกว่า 10 ปีขึ้นไปร้อยละ 46.10 น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 28.01 และ 5 – 10 ปี ร้อยละ 25.89 ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 80.85 ไม่เคยได้รับ ร้อยละ 19.15 และเคยมีประวัติในการช่วยเหลือบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 65.60 ไม่เคยมีประวัติในการช่วยเหลือบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 34.40 โดยให้การช่วยเหลือประชาชนในชุมชน ร้อยละ 36.21 รองลงมาคือ อื่นๆ (อสม. เพื่อน และนักเรียน) ร้อยละ 30.81

1.2 ระดับความรู้ทางสุขภาพของของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $M = 120.64$ ,  $SD = 14.60$ ) ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ( $M = 21.59$ ,  $SD = 2.60$ ) รองลงมาคือ ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตนเอง ( $M = 20.87$ ,  $SD = 2.78$ ) ต่ำสุดในด้านการโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยน เรียนรู้ ( $M = 9.12$ ,  $SD = 3.19$ ) และมีคะแนนพฤติกรรมการช่วยเหลือบุหรี่อยู่ในระดับดี ( $M = 26.98$ ,  $SD = 6.48$ ) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการช่วยเหลือ บุหรี่ ของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ (n = 282)

| ตัวแปร                                                       | M             | SD           | ระดับ     |
|--------------------------------------------------------------|---------------|--------------|-----------|
| <b>ความรู้ทางสุขภาพ (คะแนนเต็ม 150 คะแนน)</b>                | <b>120.64</b> | <b>14.60</b> | <b>ดี</b> |
| การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า | 21.59         | 2.60         | ดี        |
| ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ                    | 19.24         | 3.06         | ดี        |
| การโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยน เรียนรู้                          | 19.12         | 3.19         | ดี        |
| การตัดสินใจด้านสุขภาพ                                        | 20.17         | 2.81         | ดี        |
| การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง                                | 20.87         | 2.78         | ดี        |
| การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ                              | 19.66         | 3.28         | ดี        |
| <b>พฤติกรรมการช่วยเหลือ บุหรี่ (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)</b>      | <b>26.98</b>  | <b>6.48</b>  | <b>ดี</b> |

1.3 ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .539, p < .001$ )

2. ความคิดเห็นต่อบุหรี่ไฟฟ้า ประสพการณ์การให้บริการ บทบาทการให้บริการด้านการควบคุมบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ

2.1 ความคิดเห็นต่อบุหรี่ไฟฟ้าของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ ผลสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิมีความคิดเห็นต่อบุหรี่ไฟฟ้าในเชิงลบอย่างชัดเจน เห็นว่า บุหรี่ไฟฟ้ามีผลกระทบต่อตัวผู้สูบเองและคนรอบข้าง รวมทั้ง เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ ดังตัวอย่างข้อมูล ต่อไปนี้

“มีพิษภัยต่อร่างกายทั้งผู้สูบและผู้ใกล้ชิด เช่น ทำลายระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มความเสี่ยงโรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง และโรคปอดอักเสบ อีกทั้ง สารนิโคตินยังกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว และทำให้เกิดภาวะเสพติด” (พยาบาลวิชาชีพ)

“ผลกระทบต่อผู้ที่ได้รับไอระเหยโดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุ และสตรีตั้งครรภ์ อาจทำให้เกิดโรคหอบหืด พัฒนาการล่าช้า น้ำหนักแรกเกิดต่ำ และความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ บุคลากรยังเห็นว่าการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าผ่านร้านค้าและออนไลน์ ทำให้ควบคุมได้ยาก และผู้สูบบังอาจไม่คำนึงถึงสุขภาพของตนเองและคนรอบข้าง จึงควรมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด สร้างความตระหนักในชุมชน และส่งเสริมพื้นที่ปลอดบุหรี่เพื่อป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพต่อสังคมโดยรวม” (ทันตภิบาล)

2.2 บทบาทในการให้บริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ เป็นทั้งการให้ความรู้ คัดกรอง การให้คำแนะนำ และวิธีการช่วยเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละสาขาวิชาชีพ ดังตัวอย่างข้อมูล ต่อไปนี้

“การให้บริการด้านสุขภาพในศาสตร์ของแพทย์แผนไทย จะมีการแนะนำให้ความรู้แก่ผู้ที่ จะเลิกบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า และได้แลกเปลี่ยนความรู้ โดยการนำสมุนไพรมาช่วย เช่น มะนาว หนวดดอกขาว กานพลู มะขามป้อม รางจืด เป็นต้น มาช่วยในการเลิกบุหรี่” (แพทย์แผนไทย)

“คัดกรองผู้สูบบุหรี่ ดื่มสุรา พร้อมกับตรวจคัดกรองโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ติดตามให้คำแนะนำการลด ละ เลิกบุหรี่ แก่ผู้ที่สูบบุหรี่จากเป้าหมายที่ได้จากการคัดกรองสุขภาพ แนะนำร้านขายยา/สุรา ห้ามจำหน่ายแก่เด็กอายุต่ำกว่าที่กำหนดและขายเป็นเวลาที่กฎหมายกำหนด รวมไปถึงสอบถามผู้ที่มารับบริการที่หน่วยงาน เรื่องการสูบบุหรี่ ถ้าสูบก็นำให้คำแนะนำให้ลด ละ เลิก” (พยาบาลวิชาชีพ)

“ให้คำปรึกษา แนะนำวิธีการเลิก สนับสนุนการช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้” (นักวิชาการสาธารณสุข)

2.3 ประสพการณ์ในการให้บริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การให้คำแนะนำและคำปรึกษาในการช่วยเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่มีความเหมาะสมกับผู้ที่ต้องเลิกสูบบุหรี่ ดังตัวอย่างข้อมูล ต่อไปนี้

“บุคลากรมีบทบาททั้งในด้านการให้คำปรึกษา แนะนำวิธีการเลิกบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงการให้กำลังใจแก่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบ โดยใช้วิธีที่หลากหลาย เช่น การออกกำลังกาย เคี้ยวหมากฝรั่ง ดื่มชาสมุนไพร เช่น หนวดดอกขาว รางจืด หรือมะนาว เพื่อช่วยลดความอยากสูบ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและสถานที่ที่มีการสูบบุหรี่” (พยาบาลวิชาชีพ)

“เคยให้คำแนะนำเลิกบุหรี่ เช่น ให้ออกกำลังกาย เคี้ยวหมากฝรั่งหรือลูกอม สามารถลดความอยากสูบบุหรี่ได้ อยู่ห่างจากเพื่อนคนที่สูบบุหรี่หรือสถานที่ที่มีคนสูบบุหรี่อยู่ และอย่าละความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ แม้จะล้มเหลวในครั้งแรก และพูดให้กำลังใจเชิงบวก” (ทันตภิบาล)

“แนะนำให้ผู้ที่มีความประสงค์ที่จะเลิกบุหรี่ไฟฟ้า โดยการแนะนำให้โทร 1600 สถาบันธัญารักษ์ และคลินิกเลิกบุหรี่ตามสถานพยาบาล และใช้สมุนไพรรักษาการช่วยเลิกบุหรี่ร่วมด้วย” (แพทย์แผนไทย)

2.4 ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมการสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าในชุมชน ได้แก่ การเข้าถึงได้ง่าย ประชาชนไม่ตระหนักถึงอันตราย มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง และมีบุคคลแบบอย่างที่ไม่เหมาะสม ดังตัวอย่างข้อมูล ต่อไปนี้

“ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการหาซื้อ ประชาชนไม่ตระหนักถึงโทษและพิษภัยจากบุหรี่” (นักวิชาการสาธารณสุข)

“บุหรี่ไฟฟ้าควบคุมค่อนข้างยากเพราะบุหรี่ไฟฟ้าหาซื้อได้ง่าย หาซื้อได้ตามท้องตลาดทั่วไป และไม่มีมาตรการควบคุมในการขาย และเด็กและเยาวชนส่วนใหญ่ไม่ให้พ่อแม่รู้” (พยาบาลวิชาชีพ)

“อีกทั้งยังมีความเชื่อผิด ๆ ว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่เป็นอันตรายหรือช่วยลดความเครียดได้ ส่งผลให้เยาวชนอายุเพียง 7-18 ปีสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย” (แพทย์แผนไทย)

“ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่บางส่วนยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ จึงเป็นแบบอย่างที่ไม่เหมาะสมและทำให้การรณรงค์การสูบบุหรี่ทำได้ยาก ขณะเดียวกันบุคลากรภาครัฐเองยังขาดความมั่นใจและเผชิญข้อจำกัดด้านเวลาและความร่วมมือจากประชาชน รวมถึงกฎหมายและมาตรการควบคุมที่ยังไม่เข้มแข็งพอ ทำให้การแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในชุมชนยังไม่บรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ” (พยาบาลวิชาชีพ)

2.5 ข้อเสนอแนะในการดำเนินการควบคุมบุหรี่/ บุหรี่ไฟฟ้าในชุมชน แนวทางการควบคุมและป้องกันปัญหาการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในชุมชน ได้แก่ การสร้างมาตรการของชุมชน มีการใช้กฎหมายและควบคุมอย่างจริงจัง รวมทั้งมีการให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างสม่ำเสมอ ดังตัวอย่างข้อมูล ต่อไปนี้

“ควรมุ่งเน้นการสร้างวัฒนธรรมชุมชนที่ไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ โดยปรับทัศนคติของคนในชุมชนให้มองว่าการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ และตระหนักถึงพิษภัยต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งส่งเสริมให้โรงเรียน วัด หน่วยงานท้องถิ่น และภาครัฐมีส่วนร่วมในการจัดอบรม ให้ความรู้ และจัดกิจกรรมรณรงค์เลิกบุหรี่ในทุกระดับ ควบคู่กับการจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ในชุมชน การสร้างบุคคลต้นแบบและแกนนำชุมชนในการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง เสริมสร้างพื้นที่ปลอดบุหรี่ และออกกติกาสังคมร่วมกับการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดต่อผู้ขายและผู้ซื้อ โดยเฉพาะในช่องทางออนไลน์ที่จำหน่ายให้เยาวชน และควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องผ่านการอบรมประจำปี เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินงาน และให้ครอบครัว โรงเรียน ชุมชนร่วมกันเฝ้าระวังเยาวชนในการป้องกันการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าด้วย” (พยาบาลวิชาชีพ)

“ต้องมีการควบคุมที่จริงจัง เช่น ดำเนินคดีที่เด็ดขาด หมดสอดส่อง เฝ้าระวังการซื้อขายบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กมากขึ้น หมั่นดูแลสุขภาพของคนในชุมชน และให้ความรู้และแนะนำถึงผลเสียของบุหรี่ไฟฟ้าให้เข้าใจถึงอันตรายมากขึ้น” (แพทย์แผนไทย)

“อยากให้มีการเปิดอบรมเพิ่มทักษะ ความรู้ให้กับผู้ที่รับผิดชอบงานอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง เพราะผู้รับผิดชอบงานบางท่านรับงานมาหลายปี แต่ไม่เคยฝ่ายการอบรมทักษะ ความรู้เรื่องนี้เลย” (นักวิชาการสาธารณสุข)

## การอภิปรายผล

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าบุคลากรที่มีความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในระดับสูง จะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมการช่วยเหลือเลิกบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าได้มากและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดของ Sørensen et al. (2012) ที่ชี้ให้เห็นว่าความรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติงานด้านสุขภาพของบุคลากร รวมทั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ruamsook (2019) ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้และทักษะด้านการควบคุมบุหรี่สูง จะมีพฤติกรรมการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ในระดับที่ดีกว่า

2. ความคิดเห็นต่อบุหรี่ไฟฟ้า ประสิทธิภาพการให้บริการ และบทบาทการให้บริการด้านการควบคุมบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ มีความต้องการพัฒนาศักยภาพด้านการควบคุมบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนในการเป็นด่านหน้าในการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการควบคุมยาสูบของประเทศไทยที่เน้นบทบาทของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเลิกบุหรี่ (Ministry of Public Health., 2022) การที่บุคลากรต้องการการสนับสนุนด้านการอบรมและพัฒนาศักยภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาความรู้และทักษะเฉพาะด้านบุหรี่ไฟฟ้ายังมีความจำเป็น เนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งในรูปแบบผลิตภัณฑ์และกลยุทธ์ทางการตลาด (World Health Organization, 2020) นอกจากนี้ ความต้องการแนวทางหรือคู่มือมาตรฐานในการให้บริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพที่เน้นความเป็นระบบและมาตรฐานเดียวกัน เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร (Nutbeam, 2008)

มีความต้องการในการอัปเดตความรู้และการเพิ่มทักษะในการช่วยเหลือเลิกบุหรี่อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพยังมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หากบุคลากรขาดความรู้ที่ทันสมัย อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้คำแนะนำและการสร้างความตระหนักแก่ประชาชน (World Health Organization, 2021) นอกจากนี้ ความต้องการเพิ่มทักษะด้านการให้คำปรึกษา การจูงใจ และการสื่อสารเชิงบวก สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และแนวคิดการสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (motivational interviewing) ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ (Miller & Rollnick, 2013) การฝึกทักษะการคัดกรอง ประเมินความพร้อมในการเลิก และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่า การช่วยเหลือเลิกบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าเป็นกระบวนการระยะยาวที่ต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ และความต่อเนื่องของการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน (World Health

Organization, 2019) อีกทั้ง ความต้องการเรียนรู้เทคนิคการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนและกลุ่มวัยต่าง ๆ แสดงถึงความเข้าใจในความหลากหลายของผู้รับบริการ และสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพที่เน้นการปรับการสื่อสารให้เหมาะสมกับบริบทและศักยภาพของแต่ละบุคคล (Nutbeam, 2008)

ผลการศึกษาทั้งวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพข้างต้น พบว่า เป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีความสอดคล้องกัน โดยบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ป่วยไฟฟ้าอยู่ในระดับดี รวมทั้งพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับผู้ป่วยไฟฟ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.86 และพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 9.57 (Ruamsook et al., 2019) และผลการวิจัยเชิงคุณภาพทำให้ทราบว่า บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิยังมีความรู้ ความเข้าใจยังไม่เพียงพอเกี่ยวกับผู้ป่วยไฟฟ้า และยังไม่มีประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยกับผู้ป่วยในชุมชนจริง ดังตัวอย่างคำพูด “ยังไม่มีประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยนี้ละคะ ก็อยากมีความรู้และศักยภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยเช่นกัน” รวมทั้ง ยังได้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการควบคุมผู้ป่วยไฟฟ้าในชุมชน เช่น ด้านกฎหมายควบคุมแนวทางในการดำเนินดำเนินกิจกรรมการควบคุมผู้ป่วยไฟฟ้าในชุมชน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีศักยภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ป่วยไฟฟ้า เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปสู่การให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการควบคุมผู้ป่วยไฟฟ้าในชุมชนโดยบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถอธิบายความเป็นเหตุเป็นผลได้อย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างจำกัดอยู่ในจังหวัดเดียวและใช้แบบสอบถามรายงานตนเอง อาจมีอคติและจำกัดการอ้างอิงผลข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนมุมมองเชิงลึกแต่ยังไม่ครอบคลุมบริบทของบุคลากรทุกวิชาชีพและทุกพื้นที่

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

งานพัฒนาบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิด้านความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับผู้ป่วยไฟฟ้าอย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ป่วยไฟฟ้า จัดอบรมต่อเนื่องและพัฒนาแนวทางให้คำปรึกษาและการควบคุมผู้ป่วยไฟฟ้าที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน และนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบายและแผนงานด้านการควบคุมผู้ป่วยและผู้ป่วยไฟฟ้าในระดับปฐมภูมิ

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิด้านความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับผู้ป่วยไฟฟ้าอย่างเป็นระบบ รวมทั้ง การลงมือปฏิบัติจริง

ร่วมกับชุมชนและติดตามผลลัพธ์ เพื่อสะท้อนประสิทธิผลตามบทบาทบุคลากรปฐมนิเทศในการลดการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะยาว

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนโดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

### เอกสารอ้างอิง

- Alnajem, A., Redha, A., Alroumi, D., Alshammasi, A., Ali, M., Alhussaini, M., Almutairi, W., Esmail, A., & Ziyab, A. H. (2020). Use of electronic cigarettes and secondhand exposure to their aerosols are associated with asthma symptoms among adolescents: A cross-sectional study. *Respiratory Research*, 21(1), 300. <https://doi.org/10.1186/s12931-020-01569-9>
- Bureau of Policy and Strategy. (2015). *Handbook for management of Sub-district Health Promotion Hospitals*. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Chachoengsao Province. (2023). *The eastern economic corridor*. Eastern Economic Corridor Office. (in Thai)
- Chankaew, T., Baiya, P., Chinwong, D., Yoodee, V., & Chinwong, S. (2022). Electronic cigarettes in Thailand: Behaviour, rationale, satisfaction, and sex differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8229. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148229>
- Cherdsook, K., Homsin, P., & Srisuriyawet, R. (2024). Factors related to electronic cigarette smoking among female vocational students in Chachoengsao Province. *Nursing Journal CMU*, 51(4), 56-71. (in Thai)
- Department of Health Service Support. (2016). *Standards and guidelines for health service facilities*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Health Service Support. (2017). *Strategic plan for health literacy development of the Thai population (2017–2026)*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Health Systems Research Institute. (2018). *2017 Tobacco products control act another step forward for Thai health*. [https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2018/eng2018\\_17.pdf](https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2018/eng2018_17.pdf)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>

- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3<sup>rd</sup> ed.). Guilford Press.
- Ministry of Public Health. (2015). *Manual for the management of Subdistrict Health Promoting Hospitals*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2022). *National tobacco control action plan (2022–2027)*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Ruamsook, T., Tipwong, A., Vorasiha, P., & Kalampakorn, S. (2023). Correlation between health literacy and preventive behaviors of COVID-19 among older persons in a senior citizen club, Bangkok Metropolis, Thailand. *Journal of Public Health Nursing*, 37(3), 35–47. (in Thai)
- Ruamsook, T., Tipwong, A., Vorasiha, P., & Kalampakorn, S. (2021). Effect of a program to enhance health literacy and self-efficacy in assisting smoking cessation among village health volunteers in Samut Songkhram Province, Thailand. *Journal of Health Science Research*, 33(online), 37–50. (in Thai)
- Ruamsook, T., Tipwong, A., & Karuhadej, P. (2019). Associations between health literacy and smoking cessation assistance behavior among village health volunteers, Amphawa District, Samut Songkhram Province, Thailand. *Journal of Public Health Nursing*, 15(1), 131–140. (in Thai)
- Silcharu, T. (2020). *Statistical research and data analysis with SPSS and AMOS* (18<sup>th</sup> ed.). Business R & D.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

- Tigova, O., Amalia, B., Castellano, Y., Fu, M., Nogueira, S. O., Kyriakos, C. N., Mons, U., Trofor, A. C., Zatoński, W. A., Przewoźniak, K., Demjén, T., Tountas, Y., Quah, A. C. K., Fong, G., T., Fernández, E., Vardavas, C. I., & EUREST-PLUS consortium. (2019). Secondhand exposure to e-cigarette aerosols among smokers: A cross-sectional study in six European countries of the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys. *Tobacco Induced Diseases*, 16(Supplement 2), A11. <https://doi.org/10.18332/tid/99117>
- World Health Organization. (2019). *Report on the global tobacco epidemic*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf>
- World Health Organization. (2020). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025* (3<sup>rd</sup> ed.). World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *WHO report on the global tobacco epidemic 2022: Warning about the dangers of tobacco*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Electronic nicotine and non-nicotine delivery systems: A WHO report on the health impact and regulation of e-cigarettes*. World Health Organization.



## บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสุรินทร์

Factors Influencing Depression among Adolescent Students

Who Use E-Cigarettes in Surin Province

ธิดารัตน์ คณิงเพียร<sup>1</sup>, สุขุมล แสนพวง<sup>1\*</sup>, อรณู ประดับทอง<sup>1</sup>

Thidarat Kanungpiarn<sup>1</sup>, Sukhumal Sanpuang<sup>1\*</sup>, Oranute Pradubthong<sup>1</sup>

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

(Received: October 25, 2025; Revised: March 8, 2026; Accepted: March 10, 2026)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-18 ปี และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 130 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบแบบก้อนหิมะ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และแบบประเมินระดับการติดยาเสพติด มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสุรินทร์ คิดเป็นร้อยละ 93.07 นักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าที่เรียนสายอาชีพมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 182.01 เท่า ( $OR_{adj} = 182.01$ , 95%CI: 15.71-2107.83) เมื่อเทียบกับผู้ที่เรียนสายสามัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และวัยรุ่นที่ดื่มสุรามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 10.57 เท่า ( $OR_{adj} = 10.57$ , 95%CI: 1.09 – 102.20) เมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่ดื่มสุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หน่วยงานสาธารณสุข สามารถนำผลการศึกษาใช้เป็นฐานข้อมูลเชิงนโยบายหรือพัฒนาโปรแกรม ป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

**คำสำคัญ:** ภาวะซึมเศร้า, บุหรี่ไฟฟ้า, วัยรุ่นตอนปลาย

### Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine the factors associated with depression among adolescent students who use e-cigarettes in Surin Province. The sample

<sup>1</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพบุรี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

consisted of 130 adolescent students aged 15–18 years who reported using e-cigarettes in Mueang District, Surin Province. Participants were recruited using a snowball sampling technique. Data were collected using a personal factors questionnaire, an adolescent depression assessment scale, and a nicotine dependence assessment scale. The reliability of the instruments was Cronbach's alpha coefficients of .92 and .96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The results revealed that the prevalence of depression among adolescent e-cigarette users in Surin Province was 93.07%. Vocational students who used e-cigarettes were 182.01 times more likely to experience depression than those in general education programs ( $OR_{adj} = 182.01$ , 95% CI: 15.71–2107.83). In addition, adolescents who consumed alcohol were 10.57 times more likely to experience depression than those who did not consume alcohol ( $OR_{adj} = 10.57$ , 95% CI: 1.09–102.20). These associations were statistically significant at the .01 and .05 levels.

The findings of this study can be used by public health agencies as baseline information for policy development and the design of intervention programs aimed at preventing depression among adolescent e-cigarette users.

**Keywords:** Depression, E-cigarettes, Late adolescence

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ของบุคคล ที่แสดงออกมาทั้งในด้านความคิด แรงงูใจ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย (Beck et al., 2024) สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าที่ความรุนแรงและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวและเต็มไปด้วยการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม จากการสำรวจข้อมูลกลุ่มเด็กและวัยรุ่น อายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 360,069 ราย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขผ่านแอปพลิเคชัน Mental Health Check-in ระหว่างปี พ.ศ 2567 พบเสี่ยงซึมเศร้า จำนวน 39,105 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.86 และเสี่ยงฆ่าตัวตาย จำนวน 65,951 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.12 (Department of Mental Health, 2024)

มีงานวิจัยพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (Leventhal et al., 2016; Chadi et al., 2019) ในประเทศไทยการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย และก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ เนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้ามี่สารนิโคตินในระดับสูง น้ำยาในบุหรี่ไฟฟ้าบางชนิดมีปริมาณนิโคตินประมาณ 39–48 มิลลิกรัมต่อหนึ่งพอด ซึ่งอาจเทียบเท่ากับการสูบบุหรี่ธรรมดาประมาณ 1 ซอง (ประมาณ 20 มวน) ซึ่งขึ้นอยู่กับรูปแบบการใช้งานและปริมาณการสูบของผู้ใช้ (Prochaska et al., 2022) สารนิโคตินมีผลต่อระบบประสาท โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่นซึ่งสมองยังพัฒนาได้ไม่เต็มที่ อาจส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้

การควบคุมอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม (Yuan et al., 2015) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการใช้สารเสพติดชนิดอื่นได้ในอนาคต (Phetphum et al., 2024) วัยรุ่นที่เคยใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่เคยใช้ประมาณ 1.66 เท่า (Leventhal et al., 2016; Chadi et al., 2019) สะท้อนให้เห็นว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นไม่ได้ส่งผลเฉพาะต่อสุขภาพกายเท่านั้น แต่ยังมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันโดยเฉพาะกลุ่มที่อยู่ในระบบโรงเรียน (Chaffee et al., 2018; Lechner et al., 2017)

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความเชื่อมโยงกับหลายปัจจัย ตามโมเดลชีวจิตสังคม (biopsychosocial model) ทั้งทางด้านชีวภาพ (biological factor) ทางจิต (psychological factor) และสังคม (sociological factor) (Engel, 1977) สำหรับปัจจัยด้านชีวภาพพบว่า ระดับสารนิโคตินในร่างกายจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีอิทธิพลต่อสมองโดยตรง โดยไปรบกวนสมดุลของสารสื่อประสาท ทำให้เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ และเพิ่มความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ดังผลการวิจัยที่ชี้ว่า ความพึงพานิโคตินสามารถทำนายอาการซึมเศร้าในอนาคตได้ (Patanavanich et al., 2022) ปัจจัยทางจิตพบว่า เพศหญิง ซึ่งมีความเปราะบางทางอารมณ์และแสดงอัตราภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย วัยรุ่นที่มีผลการเรียนลดลงมักมีภาวะเครียดเรื้อรัง การจัดการอารมณ์ที่ไม่ดี และรู้สึกด้อยค่า ซึ่งส่งผลชักนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Phetphum et al., 2024) โดยเฉพาะในกลุ่มที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งมีความเสี่ยงต่อความเครียดและความทุกข์ทางจิตใจมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป และปัจจัยทางสังคมพบว่า วัยรุ่นหญิงที่เผชิญพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่หรือการอยู่ร่วมกับบุคคลที่สูบบุหรี่ มีแนวโน้มมีอารมณ์เศร้ามากขึ้น รวมทั้ง ความตึงเครียดในครอบครัวส่งผลต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะเดียวกันการมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ยังเพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งจากการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมเสี่ยงและจากบรรยากาศในครอบครัว โดยเฉพาะพ่อแม่ที่มีการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ (Xie et al., 2025)

ปัญหาการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นของจังหวัดสุรินทร์ถือเป็นสถานการณ์เร่งด่วน ดังข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2568 คัดกรองในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.29 จำนวนพบว่าจังหวัดสุรินทร์มีอัตราการสูบบุหรี่ทุกประเภทเป็นลำดับที่สองของเขต คิดเป็นร้อยละ 9.92 ทั้งนี้ มีผู้เสพติดผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ไฟฟ้า คิดเป็นร้อยละ 0.15% (Ministry of Public Health, 2025) ซึ่งสะท้อนถึงบริบททางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นในพื้นที่ที่มีความเปราะบาง โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าที่แทรกซึมเข้าสู่สถานศึกษาอย่างรวดเร็ว ประกอบกับการที่วัยรุ่นในพื้นที่มักมีพฤติกรรมเสี่ยงแบบรวมกลุ่ม เช่น การใช้บุหรี่ไฟฟ้าร่วมกับการดื่มสุรา ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ปัญหาสุขภาพจิตทวีความรุนแรงขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสุรินทร์ คัดเลือกปัจจัยครอบคลุมตามกรอบแนวคิดชีวจิตสังคม ผลการวิจัยที่ได้จะช่วยให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในบริบทของพื้นที่ ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนา

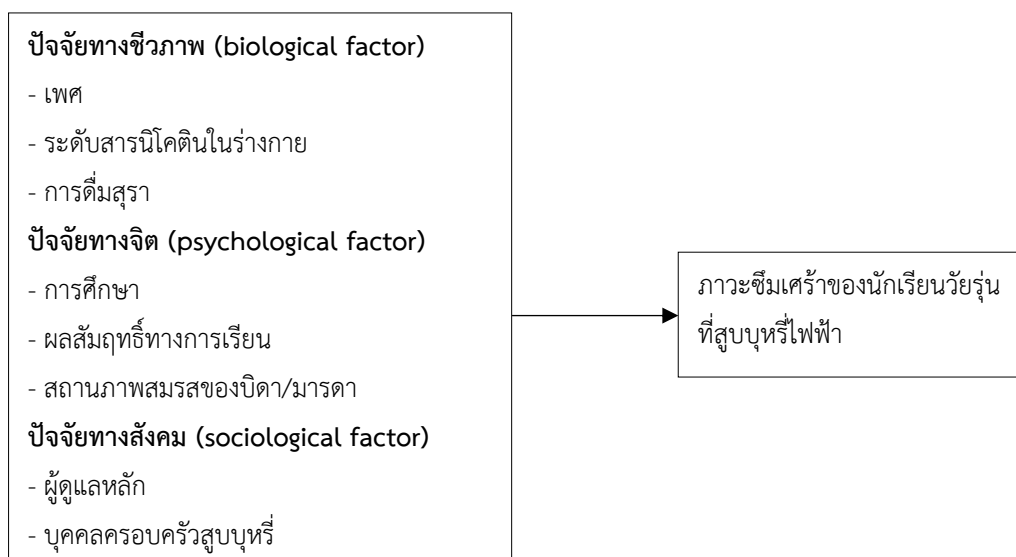
มาตรการเฝ้าระวัง การคัดกรอง และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสถานศึกษา ตลอดจนสนับสนุน การกำหนดนโยบายและการวางแผนการดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่นในระดับพื้นที่และระดับประเทศต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราความชุกการเกิดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัด สุรินทร์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสุรินทร์

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ คัดเลือกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัด สุรินทร์นี้ ตามโมเดลชีวจิตสังคม (biopsychosocial model) (Engel, 1977) ประกอบด้วยปัจจัยทางชีวภาพ (biological factor) ได้แก่ เพศ ระดับสารนิโคตินในร่างกาย การดื่มสุรา ปัจจัยทางจิต (psychological factor) ได้แก่ การศึกษา ผลสัมฤทธิ์ สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง และปัจจัยทางสังคม (sociological factor) ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก บุคคลรอบครัวสูบบุหรี่ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



**ภาพ** กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าใน จังหวัดสุรินทร์

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (analytic cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 รายละเอียด ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักเรียนวัยรุ่นที่อยู่ในระบบการศึกษา ทั้งสายสามัญและสายอาชีพ พื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า และอยู่ในระบบการศึกษา ทั้งสายสามัญและสายอาชีวศึกษาในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ Thorndike (1978) โดย  $n = 10k + 50$  โดยที่  $k$  คือ จำนวนตัวแปรอิสระหรือตัวแปรต้น งานวิจัยนี้มีจำนวน 8 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 130 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) อายุระหว่าง 15-18 ปี 2) มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างน้อย 1 ครั้งภายในช่วง 30 วันที่ผ่านมา 3) สมัครใจและยินดีให้ข้อมูลการวิจัยอย่างครบถ้วน เกณฑ์คัดออก 1) ลาออก/ ถูกให้ออกจากสถานศึกษา 2) ย้ายที่อยู่ออกจากอำเภอเมือง และ 3) ให้ข้อมูลการวิจัยไม่ครบถ้วน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบก้อนหิมะ (snow ball sampling)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ เกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา (สายสามัญ และสายอาชีวศึกษา) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง ผู้ดูแลหลัก บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ในบริบทโรงเรียน (PHQ-A) ของ Panyawong et al. (2018) ซึ่งพัฒนาต่อมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบรายงานตนเองเพื่อระดับความรุนแรงของอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย 1 คะแนน หมายถึง มีบางวัน 2 คะแนน หมายถึง มีมากกว่า 7 วัน และ 3 คะแนน หมายถึง มีแทบทุกวัน คิดคะแนนรวมระหว่าง 0 - 27 คะแนน แบบประเมิน PHQ-A มีความไวร้อยละ 93 และความจำเพาะร้อยละ 77 ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าของนักเรียนในโรงเรียน โดยจุดตัดที่เหมาะสมคือ 10 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า และต่ำกว่า 10 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับการติดนิโคติน เป็นแบบทดสอบความรุนแรงในการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ฉบับปรับปรุง (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) (Fagerstrom & Schneider, 1989) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Srimoragot et al. (2013) จำนวน 6 ข้อ นำหนักคะแนนของแต่ละข้อไม่เท่ากัน โดยข้อ 1 และข้อ 4 ที่สะท้อนความรุนแรงของการพึ่งพานิโคตินได้มากที่สุด จึงให้คะแนนสูงสุดถึง 3 คะแนน เป็นลักษณะแบบมีตัวเลือกให้ตอบ แปลผลคะแนน

7-10 คะแนน หมายถึง เสพติดนิโคตินในระดับรุนแรง

4-6 คะแนน หมายถึง เสพติดนิโคตินในระดับปานกลาง

น้อยกว่า 4 คะแนน หมายถึง เสพติดนิโคตินในระดับเล็กน้อย

สำหรับในงานวิจัยนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างเมื่อมีคะแนนการติดนิโคติน 1 คะแนนขึ้นไป

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินระดับการติดนิโคตินและแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นแบบประเมินมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในพื้นที่อื่น จำนวน 30 คน

วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ .92 และ .96 ตามลำดับ

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพบุรี ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเลือกแบบก๊อสนิมะ เริ่มต้นจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเริ่มต้น (initial participant) ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์คัดเข้า และขอความร่วมมือให้แนะนำวัยรุ่นรายต่อไปเพื่อเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการแนะนำต่อเนื่องเป็นลำดับจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

2. ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อ ใดๆ รวมทั้ง การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล และการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

3. ภายหลังจากที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยจึงขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20–30 นาที ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการปกปิดตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย และจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์อัตราความชุกการเกิดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสุรินทร์วิเคราะห์โดยใช้สูตร (จำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า/ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด)  $\times 100$  ซึ่งเป็นการวัดอัตราความชุกแบบจุดเวลา (point prevalence)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสุรินทร์โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) ดังนี้

3.1 ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น กำหนดค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเป็นศูนย์  $E(e) = 0$  หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน และตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทำนายทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์เชิงพหุ/สัมพันธ์สูงมาก (multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่า Variance Inflation Factor (IVF) ( $< 5$  หรือ  $< 10$ ) (Burns & Grove, 1993) และการวิจัยนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามเกณฑ์มากกว่า 30 เท่าของจำนวนตัวแปรทำนาย

3.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ละตัวแปร (bivariate analysis) โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression) เสนอค่า Crude Odds Ratio ( $OR_{crude}$ ) และค่าความเชื่อมั่น (confidence interval: CI) 95%

3.3 คัดเลือกตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) เพื่อนำเข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (multivariate analysis) โดยวิธี Backward Elimination แบบ Likelihood Ratio (Backward LR) ซึ่งเป็นการนำตัวแปรทั้งหมดเข้าสู่แบบจำลองในขั้นตอนแรก จากนั้น ทำการตัดตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติออกจากแบบจำลองทีละตัว จนกระทั่งเหลือเฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติในโมเดลสุดท้าย และนำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio ( $OR_{Adj}$ ) และค่าความเชื่อมั่น (confidence interval: CI) 95%

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ รหัสโครงการ PE-02-10-67 ลงวันที่ 23 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้นำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และทำลายภายหลังบทความวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่เสร็จสิ้นแล้ว

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.7 เพศหญิง ร้อยละ 12.30 อายุ 18 ปีมากที่สุด ร้อยละ 84.60 รองลงมา คือ 15 ปี ร้อยละ 14.60 และ 17 ปี ร้อยละ 8.00 มีอายุเฉลี่ย 17.55 ปี ( $SD = 1.06$ ) อายุต่ำสุด 15 ปี และอายุสูงสุด 18 ปี มีการศึกษาในสายอาชีพ ร้อยละ 75.40 สายสามัญ ร้อยละ 75.40 ระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน มากกว่า 3.00 ร้อยละ 56.90 รองลงมาคือ 2.01-3.00 ร้อยละ 38.50 และ น้อยกว่า 2.00 ร้อยละ 4.60 สถานภาพสมรสบิดา มารดา อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 70.00 รองลงมาคือ แยกกันอยู่ ร้อยละ 30.00 ผู้ดูแลหลัก คือ พ่อแม่ ร้อยละ 76.90 รองลงมาคือ ญาติ ร้อยละ 23.10 บุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 56.20 สูบบุหรี่ ร้อยละ 43.80 การดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 97.70 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 15.40 ติดนิโคติน ร้อยละ 97.70 และ ไม่ติดนิโคติน ร้อยละ 2.30

2. ความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสุรินทร์พบว่า นักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 130 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าจำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 93.07 และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.93

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสุรินทร์

ผลการวิเคราะห์อย่างหยาบ พบว่า เพศ การศึกษา ผู้ดูแลหลัก และการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง 5.10 เท่า ( $OR_{crude} = 5.10$ , 95%CI: 1.57–16.52,  $p = .007$ ) นักเรียนที่เรียนสายอาชีพมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนสายสามัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $OR_{crude} = 109.93$ , 95%CI: 13.61–887.74,  $p < .001$ ) สำหรับผู้ดูแลหลัก พบว่านักเรียนที่มีญาติเป็นผู้ดูแลหลักมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนที่มีพ่อแม่เป็นผู้ดูแลหลัก ( $OR_{crude} = 0.31$ , 95%CI: 0.11–0.86,  $p = .025$ )

นอกจากนี้ นักเรียนที่มีพฤติกรรมดื่มสุรามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนที่ไม่ดื่มสุรา 3.50 เท่า ( $OR_{crude} = 3.50$ , 95%CI: 1.13–10.82,  $p = .030$ ) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสุรินทร์ (n = 130)

| ตัวแปร                   | ไม่ซึมเศร้า (n = 9) |        | ซึมเศร้า (n =121) |        | OR        | 95% CI       | p-value |
|--------------------------|---------------------|--------|-------------------|--------|-----------|--------------|---------|
|                          | จำนวน               | ร้อยละ | จำนวน             | ร้อยละ | Crude     |              |         |
| ปัจจัยทางชีวภาพ          |                     |        |                   |        |           |              |         |
| เพศ                      |                     |        |                   |        |           |              |         |
| ชาย                      | 6                   | 5.30   | 108               | 94.70  | 5.10**    | 1.57-16.52   | .007    |
| หญิง                     | 3                   | 18.80  | 13                | 81.30  | 1.00      |              |         |
| การติดนิโคติน            |                     |        |                   |        |           |              |         |
| ติดนิโคติน               | 9                   | 7.10   | 118               | 92.90  | 1.85      | .28–33.33    | .348    |
| ไม่ติดนิโคติน            | 0                   | 0.00   | 3                 | 100    | 1.00      |              |         |
| การดื่มสุรา              |                     |        |                   |        |           |              |         |
| ดื่มสุรา                 | 4                   | 3.60   | 106               | 96.40  | 3.50*     | 1.13-10.82   | .030    |
| ไม่ดื่มสุรา              | 5                   | 25.00  | 15                | 75.00  | 1.00      |              |         |
| ปัจจัยทางจิต             |                     |        |                   |        |           |              |         |
| การศึกษา                 |                     |        |                   |        |           |              |         |
| สายอาชีพ                 | 0                   | 0.00   | 98                | 100.00 | 109.93*** | 13.61-887.74 | <.001   |
| สายสามัญ                 | 9                   | 28.10  | 23                | 71.90  | 1.00      |              |         |
| ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน    |                     |        |                   |        |           |              |         |
| 2.00– 2.50               | 0                   | 0.00   | 6                 | 100.00 | 1.07      | .11–9.90     | .329    |
| 2.51– 3.00               | 2                   | 4.00   | 48                | 96.00  | 2.45      | .23–26.45    | .492    |
| 3.00 ขึ้นไป              | 7                   | 9.50   | 67                | 90.50  | 1.00      |              |         |
| สถานภาพสมรสของบิดา/มารดา |                     |        |                   |        |           |              |         |
| อยู่ด้วยกัน              | 6                   | 6.60   | 85                | 93.40  | 1.00      |              |         |
| หย่าร้าง                 | 3                   | 7.70   | 36                | 92.30  | 1.59      | .49-5.18     | .440    |
| ปัจจัยทางสังคม           |                     |        |                   |        |           |              |         |
| ผู้ดูแลหลัก              |                     |        |                   |        |           |              |         |
| พ่อแม่                   | 6                   | 6.00   | 94                | 94.00  | 1.00      |              |         |
| ญาติ                     | 3                   | 10.00  | 27                | 90.00  | 0.31*     | .11-0.86     | .025    |
| บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ |                     |        |                   |        |           |              |         |
| สูบบุหรี่                | 2                   | 3.50   | 55                | 96.50  | 1.03      | .38–2.80     | .956    |
| ไม่สูบบุหรี่             | 7                   | 9.60   | 66                | 90.40  | 1.00      |              |         |

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

นำตัวแปรเพศชาย เรียนสายอาชีพ มีญาติเป็นผู้ดูแลหลัก และพฤติกรรมดื่มสุรา วิเคราะห์แบบพหุตัวแปร พบการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายแตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 54.885$ ,  $p < .001$ ) เมื่อพิจารณาค่า OR adjusted พบว่า นักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสุรินทร์ที่เรียนสายอาชีพมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 182.006 เท่า ( $OR_{adj} = 182.01$ , 95%CI: 15.71-2107.83;  $p < .001$ ) เมื่อเทียบกับผู้ที่เรียนสายสามัญ ในขณะที่วัยรุ่นที่ดื่มสุรามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 10.57 เท่า ( $OR_{adj} = 10.57$ , 95%CI: 1.09 – 102.20;  $p = .042$ ) เมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่ดื่มสุรา รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสุรินทร์ (n = 130)

| ตัวแปร              | b     | S.E. | Wald     | p-value | OR<br>Adjusted | 95% CI        |
|---------------------|-------|------|----------|---------|----------------|---------------|
| ค่าคงที่            | 1.828 | .254 | 51.827   | .000    | 6.22           |               |
| เพศชาย              | -.53  | .86  | .38      | .534    | .59            | .11 – 3.12    |
| ญาติเป็นผู้ดูแลหลัก | 1.32  | .95  | 1.93     | .165    | 3.73           | .75 – 18.56   |
| เรียนสายอาชีพ       | 5.20  | 1.25 | 17.34*** | <.001   | 182.01         | 15.71-2107.83 |
| ดื่มสุรา            | 2.36  | 1.16 | 4.14*    | .042    | 10.57          | 1.09–102.20   |

Model Chi-square = 54.885,  $p < .001$ , Nagelkerke  $R^2 = .623$

## การอภิปรายผล

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสุรินทร์ พบร้อยละ 93.07 ความชุกของภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งอาจเป็นผลจากการกำหนดจุดตัดในแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่รวมอาการทุกระดับเข้าด้วยกัน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากภาวะซึมเศร้านั้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย รวมทั้งเป็นการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น เพื่อแสดงถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าแต่ไม่ได้เป็นการระบุว่าเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ทางจิตเวชอีกครั้ง อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้แสดงถึงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่าความพึงพานิคอตินสามารถทำนายอาการซึมเศร้าในอนาคตได้ (Patanavanich et al., 2022)

### 2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสุรินทร์

ผลการวิเคราะห์อย่างหยาบพบว่า วัยรุ่นเพศชาย การเรียนสายอาชีพ การมีญาติเป็นผู้ดูแลหลัก และมีพฤติกรรมดื่มสุรา มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ในขณะที่การวิเคราะห์เชิงพหุ พบว่า นักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสุรินทร์ที่เรียนสายอาชีพมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 182.006 เท่า ( $OR_{adj} = 182.01$ , 95%CI: 15.71-2107.83;  $p < .001$ ) เมื่อเทียบกับผู้ที่เรียนสายสามัญ ในขณะที่วัยรุ่นที่ดื่มสุรามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 10.57 เท่า ( $OR_{adj}$

=10.57, 95%CI: 1.09 – 102.20;  $p = .042$ ) เมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่ดื่มสุรา นักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าที่เรียนสายอาชีพมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 182.01 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่เรียนสายสามัญ ในขณะที่วัยรุ่นที่ดื่มสุรามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 10.57 เท่า เมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่ดื่มสุรา สะท้อนให้เห็นว่าบริบททางการศึกษาอาจมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่น โดยเฉพาะกลุ่มที่เรียนในสายอาชีพซึ่งอาจเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม เศรษฐกิจ หรือความคาดหวังด้านอาชีพในอนาคตที่แตกต่างจากกลุ่มสายสามัญ รวมถึงอาจมีสภาพแวดล้อมทางสังคมและเพื่อนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า สอดคล้องกับ การศึกษาสัดส่วนและปัจจัยกำหนดภาวะซึมเศร้าในหมู่นักศึกษามหาวิทยาลัยในเมืองมังกาลอร์พบว่า นักศึกษาสายพาณิชยศาสตร์ที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่านักศึกษาสายวิทยาศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญ (Naushad et al., 2014)

ปัจจัยด้านการดื่มสุรา แม้ว่าจะส่งผลให้มีความรู้สึกสุขสบาย ผ่อนคลาย ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือหมดหวัง แต่กลับทำให้ผู้ป่วยมีอาการอยากดื่มสุรามากขึ้น (Robinson & Berridge, 2025) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hasin et al. (2005) โดยพบว่า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการใช้สารเสพติดร่วมเป็นอย่างมาก เช่น บุหรี่ กัญชา เฮโรอีน โคเคนหรือสารเสพติดชนิดอื่น โดยสารเสพติดเหล่านี้ มีผลต่อการหลั่งสารโดปามีนและซีโรโทนิน ทำให้มีการอยากดื่มสุรามากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Boschloo et al. (2013) ที่พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการอยากดื่มสุรามากขึ้นหลังมีการใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย สำหรับหรับตัวแปรอื่น ได้แก่ เพศ และปัจจัยทางสังคม แม้ว่าจะพบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในการวิเคราะห์อย่างหยาบ แต่เมื่อนำเข้าสู่การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรแล้วพบว่า ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเหล่านี้ อาจมีบทบาทร่วมกับปัจจัยอื่น หรืออาจถูกอธิบายโดยตัวแปรด้านการศึกษาและด้านชีววิทยาที่มีอิทธิพลสูงกว่าในแบบจำลอง ค่า Odd ratio ที่สูงมาก ยังสะท้อนถึงรูปแบบความเสี่ยงที่แท้จริงในกลุ่มตัวอย่าง วัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าและเรียนสายอาชีพหรือมีพฤติกรรมดื่มสุรา มีแนวโน้มสะสมปัจจัยเสี่ยงหลายด้านพร้อมกัน ทั้งด้านสังคม จิตวิทยา และชีวภาพ ซึ่งส่งผลให้ความน่าจะเป็นของการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

## ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบก๊อโนมิมะ และเป็นการรายงานข้อมูลด้วยตนเอง อาจเกิดความลำเอียง เนื่องจาก ไม่ได้เป็นการตรวจระดับนิโคตินในเลือด และการประเมินภาวะซึมเศร้าเชิงคลินิก

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถานศึกษาและหน่วยงานสาธารณสุขควรจัดให้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนสายอาชีพ เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม รวมทั้ง การจัดกิจกรรมป้องกันพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยและโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนสายอาชีพที่มีพฤติกรรมดื่มสุรา และติดตามผลลัพธ์ของโปรแกรมในระยะยาว

### เอกสารอ้างอิง

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2024). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Publications.
- Boonpen, S., Mentara, P., & Boonpen, S. (2020). E-cigarettes behavior and smoking cessation behavior of youth smoking cessation behavior of youth smoker in higher education institute, Bangkok. *Srinakharinwirot Research and Development Journal of Humanities and Social Sciences*, 11(22), 1110-1127. (in Thai)
- Boschloo, L., Vogelzangs, N., van den Brink, W., Smit, J. H., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2013). The role of negative emotionality and impulsivity in depressive/anxiety disorders and alcohol dependence. *Psychological Medicine*, 43(6), 1241-1253. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002152>
- Chadi, N., Li, G., Cerda, N., & Weitzman, E. R. (2019). Depressive symptoms and suicidality in adolescents using e-cigarettes and marijuana: a secondary data analysis from the youth risk behavior survey. *Journal of Addiction Medicine*, 13(5), 362-365. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000506>
- Chaffee, B. W., Watkins, S. L., & Glantz, S. A. (2018). Electronic cigarette use and progression from experimentation to established smoking. *Pediatrics*, 141(4), e20173594. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3594>
- Department of Mental Health. (2024). *Report on the mental health survey results for Thai children and adolescents*. Ministry of Public Health. <https://www.hfocus.org/content/2024/03/29956> (in Thai)
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fagerstrom, K. O., & Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 159-182. <https://doi.org/10.1007/bf00846549>

- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 62( 10) , 1097- 1106. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.10.1097>
- Lechner, W. V., Janssen, T., Kahler, C. W., Audrain-McGovern, J., & Leventhal, A. M. (2017). Bi- directional associations of electronic and combustible cigarette use onset patterns with depressive symptoms in adolescents. *Preventive Medicine*, 96, 73-78. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.12.034>
- Leventhal, A. M., Strong, D. R., Sussman, S., Kirkpatrick, M. G., Unger, J. B., Barrington-Trimis, J. L., & Audrain-McGovern, J. (2016). Psychiatric comorbidity in adolescent electronic and conventional cigarette use. *Journal of Psychiatric Research*, 73, 71- 78. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.11.008>
- Ministry of Public Health. (2025). *Health Data Center (HDC) database: Standard report*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/3pl8p8qoamnylhg6cypai?subcatalogId=06b9ffbd9fa83f29fef3a7e7ba8119d6> (in Thai)
- Naushad, S., Farooqui, W., Sharma, S., Rani, M., Singh, R., & Verma, S. (2014). Study of proportion and determinants of depression among college students in Mangalore City. *Nigerian Medical Journal*, 55(2), 156-160. <https://doi.org/10.4103/0300-1652.129657>
- Panyawong, W., Pavasuthipaisit, C., & Santitadukul, R. (2022). Validation of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) in school setting. *Journal of Mental Health of Thailand*, 30(1), 38–48. (in Thai)
- Patanavanich, R., Vityananan, P., Neelapaichit, N., Chariyalertsak, S., Kessomboon, P., Assanangkornchai, S., Taneepanichskul, S., & Aekplakorn, W. (2022). Association between electronic cigarette use and depression among Thai adolescents: The Thailand National Health Examination Survey 2019– 2020. *Tobacco Induced Diseases*, 20, 103. <https://doi.org/10.18332/tid/155333>
- Phetphum, C., Prajongjeep, A., & Phuengnam, K. (2024). Relationship between electronic cigarette use, dual smoking habits, and psychological distress among youth in Northern Thailand: A cross-sectional study. *Tobacco Induced Diseases*, 22, 82. <https://doi.org/10.18332/tid/186860>

- Prochaska, J. J., Vogel, E. A., & Benowitz, N. (2022). Nicotine delivery and cigarette equivalents from vaping a JUULpod. *Tobacco Control*, 31( e1) , e88- e93. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2020-056367>
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2025). The incentive-sensitization theory of addiction 30 years on. *Annual Review of Psychology*, 76(1), 29–58. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-011624-024031>
- Srimoragot, P., Sanamthong, P., Chainun, J., Hong-thong, Y., Sawangdee, P., & Auckarawacharakul, O. (2013). Effectiveness of nurse managed tobacco cessation program in Thailand. *Thai Journal of Nursing*, 62(1), 32-43. (in Thai)
- Thorndike, R. L. (1978). *Correlational procedures for research*. Gardner Press.
- Xie, J., Yang, H., Zhao, M., Magnussen, C. G., & Xi, B. (2025). Parental smoking is associated with adolescent loneliness: evidence from 71 low-and middle-income countries. *Frontiers in Public Health*, 13, 1497136. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1497136>
- Yuan, M., Cross, S. J., Loughlin, S. E., & Leslie, F. M. (2015). Nicotine and the adolescent brain. *The Journal of Physiology*, 593(16), 3397-3412. <https://doi.org/10.1113/JP270492>

## บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี

Factors Influencing Self-Management of Non-Communicable Disease

Patients in the Community, Phetchaburi Province

วิไลวรรณ คมขำ<sup>1</sup>, อัจฉรา สุขสำราญ<sup>2\*</sup>, สถาพร แก้วจันทิก<sup>1</sup>, วนิดา ยากำจัด<sup>3</sup>

Wilaiwan Komkhum<sup>1</sup>, Achara Suksamran<sup>2\*</sup>, Starporn Thaeochanthuek<sup>1</sup>, Wanita Yakumjad<sup>3</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: achara@snc.ac.th)

(Received: January 26, 2026; Revised: March 19, 2026; Accepted: March 19, 2026)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 140 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.61, SD = .48$ ) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ( $Beta = .406, .216; p < .01$  ตามลำดับ) โดยสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ได้ร้อยละ 32.80 ( $Adjusted R^2 = .328, p < .01$ )

<sup>1</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
Instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,  
Ministry of Public Health

<sup>2</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,  
Ministry of Public Health

<sup>3</sup> พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข  
Registered Nurse, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing,  
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

พยาบาลวิชาชีพ ควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ ข้อมูลและบริการสุขภาพ

**คำสำคัญ:** การจัดการตนเอง, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

## Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine the factors influencing self-management among patients with non-communicable diseases (NCDs) in communities of Phetchaburi Province. The sample consisted of 140 patients aged 35 years and older who were diagnosed with hypertension and/or diabetes mellitus. Participants were selected using a multistage sampling technique. Data were collected using a health literacy questionnaire and a self-management questionnaire for patients with chronic NCDs. The reliability of the instruments, as measured by Cronbach's alpha coefficients, was .76 and .87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that the overall level of self-management among patients with NCDs was high ( $M = 3.61$ ,  $SD = .48$ ). Health literacy in terms of applying health information and services ( $Beta = .406$ ,  $p < .01$ ) and accessing health information and services ( $Beta = .216$ ,  $p < .01$ ) significantly predicted self-management among patients with NCDs. These variables together explained 32.8% of the variance in self-management ( $Adjusted R^2 = .328$ ,  $p < .01$ ).

Registered nurses should emphasize the development of interventions that promote self-management among patients with NCDs by enhancing health literacy skills, particularly in accessing and applying health information and services.

**Keywords:** Self-management, Non-communicable disease, Health literacy

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักของประชากรโลก โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 41 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (World Health Organization, 2023) โรคสำคัญในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งล้วนเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ความพิการ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ โรค NCDs ยังส่งผล

กระทบอย่างกว้างขวางต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงสร้างภาระทางเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว จากการสูญเสียรายได้ การพึ่งพิง และค่าใช้จ่ายด้านการดูแลรักษา (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทย โรค NCDs เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข โดยโรคที่พบบ่อยและมีอัตราป่วยสูง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 7 (ปี พ.ศ. 2567- 2568) พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ 29.5% หรือ 17.5 ล้านคน และโรคเบาหวานประมาณ 10.6% หรือ 6.1 ล้านคน โดยมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมของ NCDs อยู่ในระดับสูงถึง 45% หรือประมาณ 27.4 ล้านคน (Patanavanich, 2025) แสดงให้เห็นว่าการป่วยด้วยโรค NCDs โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ถือว่าประเทศไทยยังไม่บรรลุเป้าหมายการลดอัตราป่วยได้ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (Health Systems Research Institute: HSRI, 2024)

สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีภาวะความเครียด ไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม สูบบุหรี่ ดื่มสุรา มีการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เมื่อทำอยู่เป็นประจำจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่ม NCDs มากขึ้น (Institute for Population and Social Research and Thai Health Promotion Foundation, 2025) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อช่วยควบคุมโรคและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมา การจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดสำคัญที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ซึ่งเชื่อว่า บุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ ความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีทักษะความสามารถในการควบคุมโรค จัดการกับอาการ และอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน ปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับโรคและเรียนรู้การอยู่ร่วมกันกับโรคที่เป็น ได้แก่ การกำกับติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการสร้างเสริมแรงใจในตนเอง (self-reinforcement) (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991)

ผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มักมีความซับซ้อนในการจัดการตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นเพียงโรคเดียว เนื่องจากต้องดูแลสุขภาพหลายด้านพร้อมกัน ทั้งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมความดันโลหิต การรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ (American Diabetes Association, 2024) รวมทั้ง ยังต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากทั้งสองโรค เช่น โรคหัวใจ โรคไต และโรคหลอดเลือด ซึ่งส่งผลให้การดูแลตนเองมีความยุ่งยากและต้องใช้ความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น (World Health Organization, 2023) จากการทบทวน

วรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ดังผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น (Neelasamith, 2024) และในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Noiboontun et al., 2022) และการศึกษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประเทศจีน (Yiliyaer et al., 2025) ซึ่งให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีบทบาทสำคัญต่อกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพและนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งการประเมินตนเอง โดยผู้ป่วยสามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพกับเกณฑ์ที่เหมาะสม การติดตามสังเกตอาการและติดตามค่าทางสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง และการเสริมแรงตนเองช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงไว้หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และให้ความร่วมมือในการรักษา ความสามารถในการค้นหาและเลือกใช้ข้อมูลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Sørensen et al., 2012)

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการจัดการโรค NCDs พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าเพศชาย 1.86 เท่า (Nguanjairak et al., 2022) รวมทั้ง อายุ และระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Li & Chen, 2026) อายุและระดับการศึกษามักแสดงถึงระดับความรู้กระบวนการเรียนรู้ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองของดีกว่าผู้ที่มีอายุและการศึกษาน้อย สถานภาพสมรส เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Liang et al., 2025) โดยคู่สมรสที่อยู่ด้วยกัน มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองที่เหมาะสม และปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง มีการกระตุ้นเตือนให้มาตรวจตามนัด และมีความร่วมมือกับบุคลากรด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน (León-Hernández et al., 2023) และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Ding et al., 2025) ซึ่งให้เห็นว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการแสดงที่ไม่ดี ควบคุมโรคไม่ได้หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น มักหันมาใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง การมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ทำให้สามารถเรียนรู้จากคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ (León-Hernández et al., 2023)

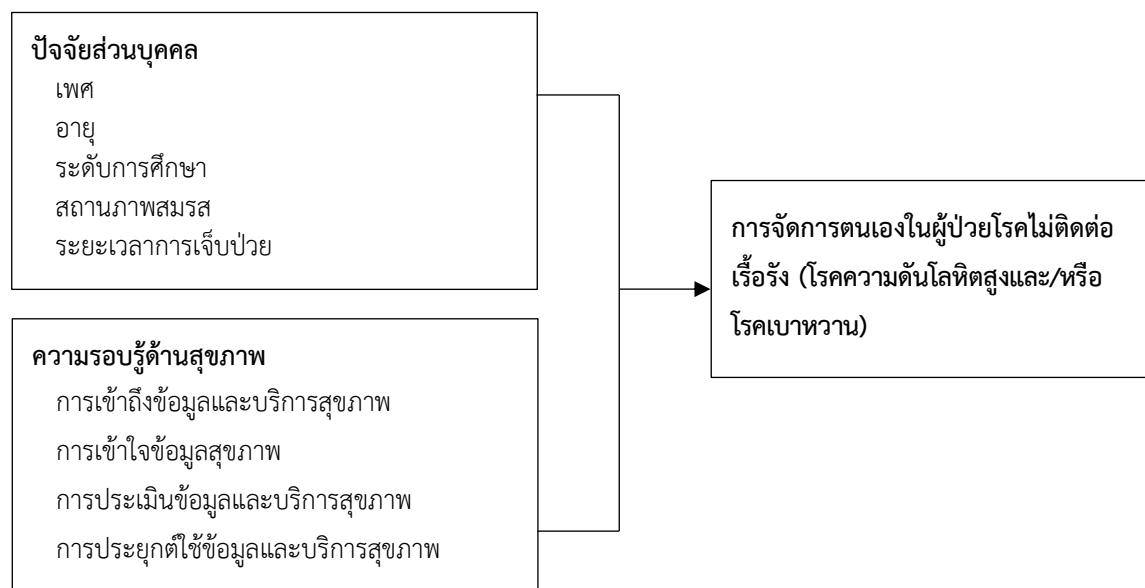
จังหวัดเพชรบุรีมีแนวโน้มของความชุกและอุบัติการณ์โรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี และเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุที่มากขึ้นโดยเฉพาะประชากรกลุ่มอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (Phetchaburi Provincial Public Health Office, 2023) สะท้อนถึงสถานการณ์ปัญหาที่อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี เลือกปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วยและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีในพื้นที่ชุมชนจังหวัดเพชรบุรีต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน) ในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (Kanfer & Goelick-Buy, 1991) 3 ขั้นตอน คือ การกำกับติดตามตนเอง การประเมินผลตนเอง และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการจัดการตนเอง โดยมุ่งเน้นการจัดการตนเองในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน) คัดเลือกตัวแปรที่ทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาการเจ็บป่วย และ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy: HL) ของ Sørensen et al. (2012) จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึง (access) 2) การเข้าใจ (understand) 3) การประเมิน (appraise) และ 4) การประยุกต์ใช้ (apply) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) ดำเนินการวิจัยระหว่างพฤษภาคม - สิงหาคม 2566 รายละเอียด ดังนี้

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเพชรบุรี ในปี พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบุรี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการใช้โปรแกรม G\* power version 3.1.9.7 เลือกใช้ Statistical test – F test Linear Multiple regression: Fixed model, R<sup>2</sup> increase กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง = .15 ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ตัวแปรอิสระ 10 ตัวแปร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 127 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 140 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นคนไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป 2) พูดและอ่านภาษาไทยได้ 3) มีชื่อ ที่อยู่ ปรากฏในบัญชีรายชื่อที่ปรากฏในฐานข้อมูลของสถานบริการระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบุรี ปี พ.ศ. 2566 และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวិจัย และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานที่เป็นอยู่ 2) มีภาวะการเจ็บป่วยจากโรคอื่น ๆ จนอาจจะส่งผลกระทบต่อโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานที่เป็นอยู่ 3) ย้ายที่อยู่หรือสถานที่ในการรักษา และ 4) ตอบแบบสอบถามได้ไม่ครบถ้วน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ขั้นตอนแรกเป็นการสุ่มเลือกอำเภอ จำนวน 4 อำเภอ จากทั้งหมด 8 อำเภอ ได้แก่ อำเภอบ้านลาด อำเภอเขาย้อย อำเภอเมืองเพชรบุรี และอำเภอบ้านแหลม โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) วิธีการจับฉลาก ขั้นตอนที่ 2 การสุ่ม รพ.สต.จากแต่ละอำเภอโดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก และขั้นที่ 3 การสุ่มเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยในแต่ละแห่ง ๆ ละ 20-30 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และการเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Sørensen et al. (2012) จำนวน 16 ข้อ จำแนกเป็น 4 องค์ประกอบ ๆ ละ 4 ข้อ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ

เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ตามความยากง่ายของการกระทำ ตั้งแต่ระดับไม่เคยทำ (1 คะแนน) จนถึงระดับทำได้ง่ายมาก (5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน นำมาจากแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของ Pragodpol et al. (2015) เป็นการกำกับติดตามตนเอง การประเมินผลตนเอง และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการจัดการจำนวน 21 ข้อ แบ่งออกเป็น 8 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารเพื่อการควบคุมโรค การออกกำลังกาย การลดความเครียด การงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ หรืออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมน้ำหนัก และการไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ระหว่างทำเป็นประจำทุกวัน (5 คะแนน) ถึง ไม่เคยทำเลย (1 คะแนน)

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 คิดคะแนนเฉลี่ยทั้งรายด้านและโดยรวม จำแนกคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Best & Kahn, 2006)

ระหว่าง 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ระหว่าง 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก

ระหว่าง 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย

ระหว่าง 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการวิจัย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เท่ากับ .83 และ .88 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ตำบลไร่สะท้อน จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .76 และ .87 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากหน่วยงานถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และขอความร่วมมือจัดเตรียมบัญชีรายชื่อและที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย และการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการในวันมาตรวจตามนัดที่ รพ.สต. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มารับบริการตามนัด ผู้วิจัยจะตามไปเก็บข้อมูลที่บ้านโดยการนำทางของ

อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน ให้ข้อมูลการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ และลงนามแสดงความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร จึงให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบแบบสอบถาม ด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง ก่อนนำ ข้อมูลไปวิเคราะห์ผลการวิจัยตามวิธีการทางสถิติต่อไป ซึ่งได้แบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์กลับคืนมา จำนวน 140 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คำนวณจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ )

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rho correlation) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) โดยการกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ ( $r_s$ ) และ ( $r$ ) ดังนี้ (Thato, 2018)

|                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| เท่ากับ 0                   | หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน |
| $< \pm .30$                 | หมายถึง ระดับต่ำ             |
| ระหว่าง $\pm .30 - \pm .70$ | หมายถึง ระดับปานกลาง         |
| $> \pm .70$                 | หมายถึง ระดับสูง             |

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis: MRA) ด้วยวิธี stepwise โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Thato, 2018) ดังนี้ ข้อมูลมีการแจกแจงเป็น โค้งปกติ (normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ normal probability plot ซึ่งอยู่ในช่วง  $\pm 3$  อย่างสมมาตร ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น (multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( $r$ ) พบว่าไม่เกิน .85 และไม่พบปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.06

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PCKCN REC 17/2566 วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ข้อมูลการวิจัยจะถูกเก็บไว้ เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่สามารถอ้างอิงไปยังผู้ให้ข้อมูลได้ รวมทั้งทำลาย ข้อมูลการวิจัยภายใน 1 ปี

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง รองลงมาเป็นเพศชาย (ร้อยละ 75.00 และ 25.00 ตามลำดับ) มีอายุอยู่ระหว่าง 58-69 ปี รองลงมาคืออายุอยู่ระหว่าง 70-81 ปี (ร้อยละ 47.86 และ 32.86 ตามลำดับ) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ตอนต้น (ร้อยละ 74.29 และ 12.14 ตามลำดับ) สถานภาพส่วนใหญ่คือ สมรส/คู่ รองลงมาคือหม้าย/หย่าร้าง (ร้อยละ 62.14 และ 25.72 ตามลำดับ) ระยะเวลาการเจ็บป่วย 5-10 ปี ร้อยละ 52.80 รองลงมาคือ 11-15 ปี ร้อยละ 16.40 ตามลำดับ

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.95$ ,  $SD = .81$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในการประยุกต์ใช้ ข้อมูลและบริการสุขภาพ ( $M = 4.30$ ,  $SD = .73$ ) และต่ำสุดในการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ( $M = 3.50$ ,  $SD = .57$ ) และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจังหวัดเพชรบุรีโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.61$ ,  $SD = .48$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ( $M = 4.13$ ,  $SD = .58$ ) และต่ำสุดในการออกกำลังกาย ( $M = 3.23$ ,  $SD = .46$ ) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี ( $n = 140$ )

| ตัวแปร                                                    | $M$         | $SD$       | ระดับ      |
|-----------------------------------------------------------|-------------|------------|------------|
| <b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</b> | <b>3.95</b> | <b>.81</b> | <b>มาก</b> |
| การเข้าถึงข้อมูลและบริการ                                 | 4.10        | .46        | มาก        |
| การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ                                     | 3.50        | .57        | มาก        |
| การประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ                           | 3.90        | .68        | มาก        |
| การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ                       | 4.30        | .73        | มาก        |
| <b>การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</b>       | <b>3.61</b> | <b>.48</b> | <b>มาก</b> |
| การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง                                | 4.13        | .58        | มาก        |
| การออกกำลังกาย                                            | 3.23        | .46        | ปานกลาง    |
| การลดความเครียด                                           | 3.27        | .53        | ปานกลาง    |
| การงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์                               | 3.65        | .37        | มาก        |
| การงดสูบบุหรี่ หรืองดอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่         | 3.87        | .62        | มาก        |
| การควบคุมน้ำหนัก                                          | 3.27        | .74        | ปานกลาง    |
| การไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ                              | 4.10        | .82        | มาก        |

### 3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี

3.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ได้แก่ เพศ ( $r_s = .27$ ) และสถานภาพสมรส ( $r_s = .25$ ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ได้แก่ อายุ ( $r = .42$ ) ระดับการศึกษา ( $r_s = .35$ ) ระยะเวลาการเจ็บป่วย ( $r = .31$ ) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ ( $r = .41$ ) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ( $r = .43$ ) การประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ ( $r = .51$ ) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ( $r = .40$ ) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี ( $n = 140$ )

| ปัจจัย                                           | X1    | X2    | X3    | X4    | X5    | X6    | X7    | X8    | X9    | Y |
|--------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|
| เพศ (X1)                                         | 1     |       |       |       |       |       |       |       |       |   |
| อายุ (X2)                                        | .44** | 1     |       |       |       |       |       |       |       |   |
| ระดับการศึกษา (X3)                               | .56** | .36** | 1     |       |       |       |       |       |       |   |
| สถานภาพสมรส (X4)                                 | .46** | .50** | .38** | 1     |       |       |       |       |       |   |
| ระยะเวลาการเจ็บป่วย (X5)                         | .62** | .47** | .39** | .53   | 1     |       |       |       |       |   |
| การเข้าถึงข้อมูลและบริการ (X6)                   | .43** | .57** | .43** | .36** | .62** | 1     |       |       |       |   |
| การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (X7)                       | .68** | .23** | .35** | .44** | .52** | .49** | 1     |       |       |   |
| การประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ (X8)             | .38** | .43** | .57** | .63** | .51** | .48** | .36** | 1     |       |   |
| การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ (X9)         | .46** | .55** | .67** | .36** | .48** | .37** | .41** | .34** | 1     |   |
| การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Y) | .27** | .42** | .35** | .25** | .31** | .41** | .43** | .51** | .40** | 1 |

\*\* $p < .01$

3.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ( $Beta = .406, p < .01$ ) และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ( $Beta = .216, p < .01$ ) สามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี ได้ร้อยละ 32.80 ( $Adjusted R^2 = .328, p < .01$ ) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี (n = 140)

| ตัวแปร                                                                                                              | b    | SE   | Beta | t     | p-value |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|-------|---------|
| การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ                                                                                 | .189 | .033 | .406 | 5.613 | <.01    |
| การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ                                                                                     | .087 | .024 | .216 | 3.468 | <.01    |
| ค่าคงที่ = .06, SE = .85, R = .411, R <sup>2</sup> = .157, R <sup>2</sup> <sub>adj</sub> = .328, F = 21.12, p < .01 |      |      |      |       |         |

### การอภิปรายผล

1. ระดับของการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมในระดับมาก ( $M = 3.61$ ,  $SD = .48$ ) ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอลำลูกเกด จังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (Neelasamith, 2024) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลง จึงทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองลดลง ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความแตกต่างกันตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดผลกระทบจากโรคเรื้อรัง (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991)

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน) ในชุมชน ได้ร้อยละ 32.80 ( $R^2_{adj} = .328$ ,  $p < .01$ ) โดยการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายสูงสุด ( $Beta = .406$ ) ซึ่งบ่งชี้ว่าการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพมีอิทธิพลต่อการกำกับติดตามตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบนพื้นฐานของกระบวนการเรียนรู้และทักษะทางปัญญาจากประสบการณ์ที่ได้รับในอดีต และตัดสินใจนำข้อมูลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-buys (1991) ที่กล่าวว่า การจัดการตนเองให้ความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยบุคคลนั้นจะมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงปัญหาเพื่อให้เกิดแรงกระตุ้นด้วยตนเองจากการประเมินตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งผลให้มีการจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ และความสามารถในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติดูแลตนเอง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วย

เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงรายพบว่า การรับรู้ประโยชน์ ส่งผลต่อการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Saimor & Sirinual, 2022)

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายรองลงมา ( $Beta = .216$ ) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เพื่อดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จึงสามารถนำข้อมูลไปสู่การตัดสินใจในการควบคุมโรคเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง (Sørensen et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศจีน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีอำนาจการทำนายการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Li & Chen, 2026) อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพและการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพไม่สามารถทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี อาจต้องการปัจจัยคั่นกลาง เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังผลการศึกษาของ Luo et al. (2020) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในทุกมิติ และมักมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านตัวแปรอื่น

ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่สามารถทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 รวมทั้งปัจจัยด้านอายุและสถานภาพสมรส ก็ไม่สามารถร่วมทำนายได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงของ Saenchan et al. (2024) อาจเป็นเพราะในบริบทของชุมชนจังหวัดเพชรบุรี ส่วนใหญ่เป็นกึ่งชนบท ผู้ป่วยมักได้รับการช่วยเหลือจากหลายแหล่ง เช่น บุตรหลานญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่งผลให้ผู้ที่ไม่มีความรู้สามารถได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพได้

ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่สามารถทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย 5-10 ปี ร้อยละ 52.80 ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน มักมีประสบการณ์และการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น จากคำแนะนำของบุคลากรทางสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถปรับตัวและคุ้นเคยกับการดำเนินชีวิตร่วมกับโรคได้มากขึ้น อีกทั้ง โรคเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไปและมักใช้ระยะเวลานานกว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะเมื่อป่วยเป็นระยะเวลานานกว่า 10 ปี บางรายอาจเกิดความเคยชินกับภาวะโรคของตน ส่งผลให้ความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามพฤติกรรมการจัดการตนเองลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงแรก สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานไม่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง (Saenchan et al., 2024) ซึ่งให้เห็นตามข้อสนับสนุนของ Jandeekeawsakul et al. (2018) การแสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพ อาจขึ้นอยู่กับนิสัยส่วนตัว ประสบการณ์ความเชื่อของแต่ละบุคคล หรือเกิดจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้ป่วย ปัจจัยเหล่านี้ จึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

## ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ เก็บข้อมูลเฉพาะในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรีและเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงสำหรับกลุ่มตัวอย่างในบริบทอื่น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพนำไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมความรู้สุขภาพ โดยเฉพาะการประยุกต์ใช้ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน) สามารถจัดการตนเองได้อย่างยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับจังหวัดในรูปแบบโมเดลการดูแลที่เน้น "Health Literacy-Based Care" มุ่งพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อตัดสินใจจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง

## เอกสารอ้างอิง

- American Diabetes Association. (2024). *Standards of care in diabetes—2024*. Diabetes Care, 47(Supplement 1). <https://doi.org/10.2337/dc24-SINT>
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education* (10<sup>th</sup> ed.). Pearson Education.
- Ding, W., Lu, J., Wang, F., Bai, L., Liu, J., & Wang, R. (2025). Trends and influencing factors of self-management in patients with chronic heart failure: A longitudinal study. *BMC Geriatrics*, 25(1), 294. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05959-w>
- Health Systems Research Institute: HSRI. (2024). *Thai population health survey: Key findings on NCDs and risk factors*. HSRI. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6360>
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University, & Thai Health Promotion Foundation. (2025). *Thai Health 2025*. Amarin
- Jandeekaewsakul, P., Watthayu, N., & Suwonnaroop, N. (2018). Factors predicting self-management behavior among patients with uncontrolled essential hypertension. *Nursing Science Journal of Thailand*, 36(1), 31-43. (in Thai)
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Bays, L. (1991). Self-management method. In Kanfer, F. H., Goldsteinn, A. (Eds.), *Helping people change: A textbook at methods* (pp. 305-360). Pergamon Press.

- León-Hernández, R., Rodríguez-Pérez, A. C., Pérez-González, Y. M., de Córdova, M. I., de León-Escobedo, R., Gómez-Gutiérrez, T., & Toledano-Toledano, F. (2023). Psychosocial factors associated with self-management in patients with diabetes. *Healthcare*, 11(9), Article 1284. <https://doi.org/10.3390/healthcare11091284>
- Li, K., & Chen, Y. (2026) Factors influencing chronic disease self-management behaviors: A national multilevel analysis in China. *Front. Public Health*. 13:1712419. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1712419>
- Liang, Z., Shi, Y., Zhang, Y., Zhang, H., Zhuo, Y., Lv, N., Gao, G., & Li, J. (2025). Influencing factors of self-management behavior among Chinese patients with chronic disease: A cross-sectional study. *Public Health Nursing*, 42(2), 800-810. <https://doi.org/10.1111/phn.13482>
- Luo, H., Patil, S., Kennedy, Cummings, R., Qiang, W., & Alyssa, A. (2020). Health Literacy, Self-management Activities, and Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes: A Path Analysis. *BMC Public Health*. 26(3):280-286.doi: 10.1097/PHH.0000000000000984.
- Neelasamith, H. (2024). Health literacy and self-management of elderly with hypertension in Sam Sung District, Khon Kaen Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 6(2), e268925. (in Thai)
- Nguanjairak, R., Singsalasang, A., & Bureemas, J. (2022). Determinants of self-care behavior for managing non-communicable diseases among residents aged 40 years and older in Nakhon Ratchasima Province. *Thai Journal of Health Education*, 45(2), 116-127. (in Thai)
- Noiboontun, R., Panuthai, S., & Suwankruhasn, N. (2022). Health literacy and self-management among older persons with metabolic syndrome. *Nursing Journal CMU*, 49(1), 213–224. (in Thai)
- Patanavanich, R. (Ed.). (2025). *The seventh Thai National Health Examination Survey (NHES VII)*, B.E.2567-2568. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
- Phetchaburi Provincial Public Health Office. (2023). *Health Data Center (HDC), Standard reporting group. Illness with major non-communicable diseases*. Phetchaburi Provincial Public Health Office. <https://pbi.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php> (in Thai)

- Pragodpol, P., Suwannakha, Y., Chaiyarit, A., Sosom, B., Sithan, S., Sroisrisawat, M., & Chanphong, S. (2015). *Self-management, perceived warning signs, risk of complications and management for complication in chronically ill patients (Diabetes mellitus and/or hypertension) in Saraburi province*. Health Systems Research Institute. <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4372>
- Saenchan, M., Taiwong, A., & Vibulchai, N. (2024). Factors predicting self-management behavior among diabetes mellitus patients with hypertension. *Journal of Health and Nursing Education*, 30(3), 126-141. (in Thai)
- Saimor, S., & Sirinual, S. (2022). Factors affecting self-management in controlling blood sugar levels among ethnic groups patients with non-insulin dependent diabetes mellitus, Mae Sai District, Chiang Rai Province. *Journal of Disease and Health Risk DPC.3*, 16(3), 15-25. (in Thai)
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Thato, R. (2018). *Statistics for health science research*. Chulalongkorn University Press.
- World Health Organization. (2023). *Global status report on noncommunicable diseases 2023*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/https://hdcservice.moph.go.th/> (in Thai)
- Yiliyaer., A., Li, Z., Tong, Y., Ma, L., & Li, F. (2025). Influence of health literacy and self-management on quality of life among older adults with hypertension and diabetes in Northwest China. *Experimental Gerontology*, 206(2), 112776 <https://doi.org/10.1016/j.exger.2025.112776>

## บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ  
ด้วยรำวงมาตรฐานบนตารางเก้าช่องร่วมกับการใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนักต่อความแข็งแรง  
ของกล้ามเนื้อและการทรงตัวของผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี

Effects of a Muscle-Strengthening Program Using Thai Traditional Ramwong  
Dance on a Nine-Square Grid Combined with Weighted Sandbags on  
Muscle Strength and Physical Balance in Older People in Suphanburi

วรณิดา ยอยรูโรบ<sup>1</sup>, นภาพณ จันทขัมมา<sup>2\*</sup>, สุดา หันกลาง<sup>3</sup>

Voranita Yoyrurob<sup>1</sup>, Napaphen Jantacumma<sup>2\*</sup>, Suda Hanklang<sup>3</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: napaphen.jan@stou.ac.th)

(Received: September 5, 2025; Revised: March 20, 2025; Accepted: March 20, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยรำวงมาตรฐานบนตารางเก้าช่อง ร่วมกับการใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนักต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวของผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 52 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน โดยวิธีจับคู่ตามอายุและระดับความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติการทดสอบวิลคอกซัน และแมนน์-วิทนีย์ ยู

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยรำวงมาตรฐานบนตารางเก้าช่องร่วมกับการใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น และใช้เวลาในการทรงตัวน้อยลง เมื่อเทียบกับก่อนทดลอง ( $Z = 4.46, 4.46, 4.46, p < .001$ ) และกลุ่มควบคุม ( $Z = 4.46, 4.51, 4.70, p < .001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Graduated Student in Master of Nursing Science Program, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Assistant Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University

หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชน

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, รำวงมาตรฐาน, ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ, การทรงตัว

## Abstract

This quasi-experimental research with two groups pretest–posttest design aimed to examine the effects of a muscle strengthening program using Thai Traditional Ramwong dance on a nine-square grid combined with weighted sandbags on muscle strength and balance among older people in Suphanburi Province. The sample consisted of 52 older adults. Participants were assigned to an experimental group and a control group using matched pairs based on age and level of activities of daily living, with 26 participants in each group. Data were collected using muscle strength, balance assessments, and a self-efficacy questionnaire with Cronbach's alpha coefficient of .87. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann–Whitney U test.

The results revealed that older people in the experimental group, after participating in the muscle strengthening program using Thai Traditional Ramwong dance on a nine-square grid combined with weighted sandbags demonstrated increased scores in perceived self-efficacy and muscle strength, and decreased time in balance performance compared to before the intervention ( $Z = 4.46, 4.46, 4.46, p < .001$ ) and compared to the control group ( $Z = 4.46, 4.51, 4.70, p < .001$ ), with statistical significance at the .05 level.

Public health agencies and local administrative organizations can apply this program to promote muscle strength and balance among community-dwelling older adults.

**Keywords:** Older people, Perceived self-efficacy, Thai Traditional Ramwong dance, Muscle strength, Physical balance

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในศตวรรษที่ 21 โลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มจากประมาณ 1.1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2023 เป็น 1.4 พันล้านคนภายในปี ค.ศ. 2030 คิดเป็นประมาณร้อยละ 22 ของประชากรโลกทั้งหมด (World Health Organization, 2021) ขณะเดียวกันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 โดยมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งประเทศ (National Statistical Office, 2022) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลให้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการ

พลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บ ความพิการ และการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน กลายเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุข

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย โดยเฉพาะความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวที่ลดลง เมื่ออายุเพิ่มขึ้น มวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะลดลง เกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง (sarcopenia) ส่งผลให้ความสามารถในการเคลื่อนไหว การลุก นั่ง เดิน และการควบคุมท่าทางลดลง (Cruz-Jentoft et al., 2019) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง มักมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้ที่มีสมรรถภาพกล้ามเนื้อปกติ และมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น (Chen et al., 2020) โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงซึ่งมีแนวโน้มเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้สูงกว่าชาย เนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนภายหลังวัยหมดประจำเดือน ซึ่งมีบทบาทต่อการคงไว้ของมวลและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Landi et al., 2018; Cruz-Jentoft et al., 2019) การออกกำลังกายที่มุ่งพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการฝึกแบบแรงต้าน และการออกกำลังกายหลายองค์ประกอบ สามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสมรรถภาพทางกายได้อย่างมีนัยสำคัญ (Fragala et al., 2019; Wang et al., 2022)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลต่อความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ มีบทบาทสำคัญต่อการเริ่มต้นพฤติกรรม ระดับความพยายาม และความต่อเนื่องของการปฏิบัติกิจกรรม (Bandura, 1977) ในบริบทของผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเองถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จึงมีการพัฒนากิจกรรมการออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวของผู้สูงอายุหลายรูปแบบ เช่น การออกกำลังกายด้วยรำวงมาตรฐาน ซึ่งเป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวตามจังหวะดนตรี ช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวของร่างกายและการประสานงานของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ (Chamnonngphol et al., 2017) และการออกกำลังกายโดยการก้าวบนตารางเก้าช่อง พบว่า ช่วยพัฒนาความคล่องตัว การทรงตัวแบบไดนามิก และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่าง รวมทั้ง ช่วยเพิ่มความสามารถในการทรงตัวในผู้สูงอายุได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Maneesub et al., 2019) นอกจากนี้ การออกกำลังกายด้วยอุปกรณ์ถ่วงน้ำหนักขนาดเล็ก เช่น ถ่วงทรายถ่วงน้ำหนัก จัดเป็นการฝึกแบบแรงต้านที่ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อส่วนล่าง ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อความสามารถในการลุก นั่ง เดิน และการทรงตัวของผู้สูงอายุ (Fragala et al., 2019; Wang et al., 2022) อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลของกิจกรรมเดี่ยว ๆ และยังไม่พบการศึกษาที่บูรณาการทั้งรำวงมาตรฐาน การก้าวบนตารางเก้าช่อง และการฝึกแรงต้านด้วยถ่วงทรายถ่วงน้ำหนักเข้าไว้ด้วยกัน

จังหวัดสุพรรณบุรี มีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2566–2568 มีสัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 23.6, 23.8 และ 24.1 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ (ร้อยละ 18.3) สะท้อนว่า จังหวัดสุพรรณบุรีก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าภาพรวมของประเทศ แม้ว่าจะยังไม่มี การสำรวจความชุกของภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงในระดับจังหวัดอย่างเป็นระบบ แต่ข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพ

ผู้สูงอายุด้านการเคลื่อนไหวพบว่า มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวต่ำกว่าเกณฑ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2566–2568 พบร้อยละ 3.31, 4.57 และ 11.52 ตามลำดับ (Health Data Center, 2025) จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายที่บูรณาการร่างมาตรฐานร่วมกับการก้าวบนตารางเก้าช่อง และเสริมด้วยการใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก เป็นการฝึกเคลื่อนไหวหลายทิศทางที่ช่วยพัฒนาการควบคุมศูนย์ถ่วงของร่างกาย การตอบสนองของระบบประสาท และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่าง โดยออกแบบกิจกรรมภายใต้แนวคิดการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผ่านการสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากแบบอย่าง และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเพศหญิง เนื่องจากมีจำนวนมาก และมีการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าชาย และกำหนดช่วงอายุ 60–75 ปี ซึ่งเป็นวัยสูงอายุตอนต้นถึงตอนกลาง จึงยังสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายได้อย่างปลอดภัยและมีศักยภาพในการพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสมรรถภาพทางกายได้ดี (Cruz-Jentoft et al., 2019) คาดว่าจะช่วยพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยร่างมาตรฐานบนตารางเก้าช่องร่วมกับถุงทรายถ่วงน้ำหนัก และกลุ่มควบคุมที่ดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติและไม่ได้ออกกำลังกาย
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยร่างมาตรฐานบนตารางเก้าช่องร่วมกับถุงทรายถ่วงน้ำหนัก และกลุ่มควบคุมที่ดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติและไม่ได้ออกกำลังกาย

### สมมติฐานการวิจัย

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยร่างมาตรฐานบนตารางเก้าช่องร่วมกับถุงทรายถ่วงน้ำหนัก ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว ดีกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยร่างมาตรฐานบนตารางเก้าช่องร่วมกับการใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก ออกแบบกิจกรรมตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1977) ซึ่งประกอบด้วยประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากตัวแบบ การชักจูงทางวาจา และสถานะทางสรีรวิทยาและอารมณ์ กิจกรรมการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 1) อบอุ่นร่างกายด้วยการยืดเหยียด

กล้ามเนื้อ 2) ร่างมาตรฐานบนตารางเก้าช่อง 3) การใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนักเพื่อเพิ่มแรงต้านของกล้ามเนื้อ และ 4) การผ่อนคลายร่างกาย เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความเชื่อมั่นในการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ

โปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยร่าง  
มาตรฐานบนตารางเก้าช่องร่วมกับการใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก  
ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977)

1. ประสบการณ์ความสำเร็จ: ฝึกจากง่ายไปยาก
2. การเรียนรู้จากตัวแบบ: สาธิตโดยผู้นำ
3. การชักจูงทางวาจา: ให้กำลังใจ เสริมแรงเชิงบวก
4. สภาวะทางกายและอารมณ์: ลดความกังวล เน้นความผ่อนคลายและความสนุก

กิจกรรมประกอบด้วย 1) อบอุ่นร่างกายด้วยการยืดเหยียด  
กล้ามเนื้อ 2) ร่างมาตรฐานบนตารางเก้าช่อง 3) การใช้ถุง  
ทรายถ่วงน้ำหนักเพื่อเพิ่มแรงต้านของกล้ามเนื้อ และ 4) การ  
ผ่อนคลายร่างกาย

- การรับรู้ความสามารถของตนเอง
- ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
- การทรงตัว

**ภาพ** กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยร่าง  
มาตรฐานบนตารางเก้าช่องร่วมกับการใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนักต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรง  
ตัวของผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม - 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 รายละเอียด ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ช่วยเหลือตนเองได้ อาศัยอยู่ใน  
อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี ในปี พ.ศ.2568 จำนวน 14,929 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 60-75 ปี อาศัยอยู่ในตำบลสระยายโสม อำเภอ  
อุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม G\*Power3.1 (Faul et al., 2009)  
สำหรับสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน เลือกการทดสอบทางเดียว  
กำหนดค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ (effect size) เท่ากับ .80 ค่าความคลาดเคลื่อน ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 และอำนาจ

การทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่าง การวิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน รวมทั้งสิ้น 52 คน

โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลสระยายโสม อำเภอบางแพ จังหวัด สุพรรณบุรีมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 3) มีระดับความสามารถใน การดำเนินกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADL) อยู่ในระดับพึ่งพาตนเองได้ โดยมีคะแนน ADL 12 คะแนนขึ้นไป 4) ไม่มีโรคหรือภาวะสุขภาพที่ห้ามออกกำลังกาย เช่น โรคหัวใจที่ยังควบคุมอาการไม่ได้ โรค ระบบกระดูกและข้อที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ภาวะทางระบบประสาทที่มีผลต่อการทรงตัว และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ย้ายที่อยู่ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือต้องพักฟื้น และเกณฑ์ขกเลิกกลุ่มตัวอย่าง ออกจากการวิจัย ได้แก่ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบตามระยะเวลาที่ กำหนด มีอาการบาดเจ็บหรือปัญหาสุขภาพระหว่างการดำเนินการวิจัย หรือประสงค์ถอนตัวจากการวิจัย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการเลือกแบบเจาะจง คัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน จากนั้นจัดทำบัญชีรายชื่อและ เรียงลำดับตามอายุ ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จนครบตามจำนวน 52 คน และขั้นตอนที่ 3 ทำการจับคู่ตามอายุและระดับคะแนน ADL และให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เลือกเข้า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ด้วยร่างมาตรฐานบนตารางเก้าช่องร่วมกับการใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก พัฒนาภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎี การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977) และใช้หลักการฝึกแรงต้านแบบค่อยเป็นค่อยไป (Fragala et al., 2019; American College of Sports Medicine, 2021) เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อและการทรงตัวของผู้สูงอายุ โปรแกรมการออกกำลังกายประกอบด้วยกิจกรรม ร่างมาตรฐาน ร่วมกับการก้าวตารางเก้าช่องและการฝึกด้วยถุงทรายถ่วงน้ำหนัก โดยดำเนินการเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1-4 ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 5-8 ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 5 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 32 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา ประมาณ 30 นาที ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การอบอุ่นร่างกาย 5 นาที การออกกำลังกายตามโปรแกรม 20 นาที การผ่อนคลายร่างกาย 5 นาที การกำหนดความหนัก ของการออกกำลังกายเริ่มจากระดับเบาถึงปานกลาง และเพิ่มความหนักของแรงต้านอย่างค่อยเป็นค่อยไป ตามหลักการเพิ่มความหนักของการฝึกทีละน้อยอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเกิดการปรับตัวและ พัฒนาความแข็งแรงหรือสมรรถภาพทางกายได้ดีขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว และความถี่ในการออกกำลังกาย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุต่อการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 14 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (ระหว่าง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ตามลำดับจนถึง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คัดคะแนนเฉลี่ย จำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1977)

ระหว่าง 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

ระหว่าง 2.34 - 3.66 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 3.67 - 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว

3.1 แบบประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยการทดสอบลุก-นั่งบนเก้าอี้ 30 วินาที (30-second chair stand test) ตามเกณฑ์ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ (Bureau of Elderly Health, 2024) โดยหากทำได้มากกว่า 8 ครั้ง ถือว่ากล้ามเนื้อขาแข็งแรง ไม่มีความเสี่ยงหกล้มเท่ากับ 8 ครั้งอยู่ในเกณฑ์ปกติ และน้อยกว่า 8 ครั้งถือว่า กล้ามเนื้ออ่อนแรงและมีความเสี่ยงหกล้ม

3.2 แบบประเมินการทรงตัว โดยการทดสอบ timed up and go test (TUGT) (Podsiadlo & Richardson, 1991) โดยให้นั่ง ลูก เติ่น 3 เมตร กลับตัว และนั่ง วัดเวลาเป็นวินาที เครื่องมือนี้มีความเชื่อมั่นสูง (Intraclass correlation coefficient: ICC > .95) และหากใช้เวลาเกิน 12-14 วินาที จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม (Podsiadlo & Richardson, 1991)

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยร่างกายมาตรฐานบนตารางเก้าช่อง ร่วมกับการใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .84 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จึงวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตหน่วยงานในพื้นที่ ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อบริการกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์และสิทธิของผู้เข้าร่วม การลงนามแสดงความยินยอม และชี้แจงรายละเอียดของกิจกรรมตามโปรแกรมและข้อควรระวัง

2. ขั้นทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงเวลาเดียวกัน ระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม ถึง 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระยายโสม จังหวัดสุพรรณบุรี ก่อนเริ่มการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pretest) จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยร่างกายมาตรฐาน

บนตารางเก้าช่องร่วมกับการใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก ดังตาราง 1 ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายดังกล่าวในช่วงเวลาการทดลอง

**ตาราง 1** โครงสร้างกิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยร่างกายมาตรฐานบนตารางเก้าช่องร่วมกับการใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก

| แนวคิดการรับรู้<br>ความสามารถตนเอง                                            | ขั้นตอน<br>การออกกำลังกาย     | เวลา<br>(นาที) | รายละเอียดกิจกรรม                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| การสร้างอารมณ์เชิงบวก                                                         | 1. อบอุ่นร่างกาย              | 5              | ยืดเหยียดกล้ามเนื้อแขน ขา และลำตัว เพื่อเตรียมระบบประสาทและกล้ามเนื้อ       |
| การประสบความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติจริง และการเห็นแบบอย่างจากการฝึกเป็นกลุ่ม | 2. ร่างมาตรฐานบนตารางเก้าช่อง | 10             | ก้าวเท้าตามจังหวะดนตรีบนตาราง 9 ช่อง ฝึกการเคลื่อนไหวหลายทิศทาง             |
| การประสบความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติจริง และการได้รับแรงเสริมทางสังคม         | 3. ฝึกด้วยถุงทรายถ่วงน้ำหนัก  | 10             | ใส่ถุงทรายที่ขาทั้งสองข้างขณะร่างเพื่อเพิ่มแรงต้านและเสริมสร้างกล้ามเนื้อขา |
| การสร้างอารมณ์เชิงบวก                                                         | 4. ผ่อนคลายร่างกาย            | 5              | หายใจเข้า ๆ ยืดเหยียดเพื่อผ่อนคลาย                                          |

โปรแกรมใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในช่วงเวลา 15.00-16.00 น.สถานที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระยาโสม ประกอบด้วย การอบอุ่นร่างกาย 5 นาที การร่างมาตรฐานบนตารางเก้าช่องร่วมกับถุงทรายถ่วงน้ำหนัก 20 นาที การผ่อนคลายร่างกาย 5 นาที โดยเพิ่มระดับความหนักของการฝึกแบบค่อยเป็นค่อยไปเพื่อให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของผู้สูงอายุ โดยในสัปดาห์ที่ 1-4 ฝึก 3 ครั้ง/สัปดาห์ เน้นเรียนรู้ท่าพื้นฐานและความคุ้นเคยกับการเคลื่อนไหว และใช้น้ำหนักถุงทรายข้างละ 0.50 กิโลกรัม และในสัปดาห์ที่ 5-8 ฝึก 5 ครั้ง/สัปดาห์ เพิ่มความต่อเนื่องของท่าท่า ความเร็ว และความหนักของแรงต้าน และใช้น้ำหนักถุงทรายข้างละ 1 กิโลกรัม โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำการฝึกร่วมกับผู้ช่วยวิจัย ควบคุมความปลอดภัยตลอดการฝึก ใช้เพลงร่างมาตรฐานจังหวะปานกลาง เพื่อช่วยกำหนดจังหวะการเคลื่อนไหวและสร้างความสนุกสนาน เช่น เพลง “งามแสงเดือน” และ “รำมาชิมารำ” โดยปรับความเร็วของจังหวะให้เหมาะสมกับช่วงการฝึกและสมรรถภาพของผู้สูงอายุ

3. เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองใน สัปดาห์ที่ 8 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมาทดสอบหลังการทดลอง และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมได้ฝึกการออกกำลังกายตามโปรแกรม และมอบคู่มือการฝึก เพื่อนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเองตามความสมัครใจ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คำนวณการทดสอบการทรงตัว และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: *M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: *SD*) และค่ากลาง (median: *Med*)
2. ทดสอบการกระจายปกติ (normality) ของตัวแปรคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง คำนวณความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และคะแนนการทรงตัว โดยใช้สถิติ Shapiro–Wilk Test พบว่า  $p\text{-value} < .05$  แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test
4. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยร่างกายมาตรฐานบนตารางเก้าช่องร่วมกับถุงทรายถ่วงน้ำหนัก กับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann–Whitney U Test

### พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 10/2568 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2568 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลอย่างเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลได้เพียงผู้เดียว และจะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลงานวิจัย

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 65.38 ปี ( $SD = 4.36$ ) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 64.81 ปี ( $SD = 4.13$ ) โดยมีคะแนน ADL เฉลี่ย 18.27 ( $SD = 1.14$ ) และ 18.15 ( $SD = 1.21$ ) ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับพึ่งพาตนเองได้ทั้งหมด นอกจากนี้ กลุ่มทดลองร้อยละ 50.00 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 46.15 ไม่มีโรคประจำตัว สำหรับพฤติกรรมออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ที่ออกกำลังกายน้อยกว่าและมากกว่า 30 นาทีต่อครั้ง ใกล้เคียงกัน ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ใช้เวลาออกกำลังกายน้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| รายการ                             | กลุ่มทดลอง (n = 26)  |        | กลุ่มควบคุม (n = 26) |        | ค่าสถิติ          | p-value |
|------------------------------------|----------------------|--------|----------------------|--------|-------------------|---------|
|                                    | จำนวน                | ร้อยละ | จำนวน                | ร้อยละ |                   |         |
| อายุ (ปี)                          | M = 65.38, SD = 4.36 |        | M = 64.81, SD = 4.13 |        | .49 <sup>a</sup>  | .626    |
| คะแนน ADL                          | M = 18.27, SD = 1.14 |        | M = 18.15, SD = 1.21 |        | .38 <sup>a</sup>  | .678    |
| โรคประจำตัว                        |                      |        |                      |        | .08 <sup>b</sup>  | .777    |
| ไม่มี                              | 13                   | 50.00  | 12                   | 46.15  |                   |         |
| มี                                 | 13                   | 50.00  | 14                   | 58.85  |                   |         |
| ระยะเวลาออกกำลังกายต่อครั้ง (นาที) |                      |        |                      |        | 1.15 <sup>b</sup> | .284    |
| < 30 นาที                          | 13                   | 50.00  | 16                   | 61.54  |                   |         |
| ≥ 30 นาที                          | 13                   | 50.00  | 10                   | 38.46  |                   |         |

a = independent t-test, b = Chi-square test

2. การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยรำวงมาตรฐานบนตารางเก้าช่องร่วมกับถุงทรายถ่วงน้ำหนัก และผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่ดำเนินชีวิตตามปกติ และไม่ได้ออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ( $Z = 4.46, 4.46; p < .001$ ) และใช้เวลาในการทดสอบการทรงตัวลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $Z = 4.46; p < .001$ ) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัวของผู้สูงอายุ โดยใช้ Wilcoxon signed-rank test

| ตัวแปร                   | ก่อนทดลอง |      |       | หลังทดลอง |      |       | Z      | p-value |
|--------------------------|-----------|------|-------|-----------|------|-------|--------|---------|
|                          | M         | SD   | Med   | M         | SD   | Med   |        |         |
| กลุ่มทดลอง (n = 26)      |           |      |       |           |      |       |        |         |
| รับรู้ความสามารถของตนเอง | 3.07      | .51  | 3.11  | 4.15      | .42  | 4.25  | -4.46* | <.001   |
| ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ | 7.54      | .51  | 8.00  | 15.35     | 3.16 | 14.00 | -4.46* | <.001   |
| การทรงตัว                | 12.96     | 1.15 | 12.50 | 9.38      | 1.17 | 9.00  | 4.46*  | <.001   |
| กลุ่มควบคุม (n = 26)     |           |      |       |           |      |       |        |         |
| รับรู้ความสามารถของตนเอง | 3.06      | .49  | 3.18  | 3.10      | .54  | 3.21  | -.24   | .808    |
| ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ | 7.58      | .50  | 8.00  | 7.62      | .50  | 8.00  | -.26   | .796    |
| การทรงตัว                | 13.19     | 1.27 | 13.00 | 13.12     | 1.28 | 12.50 | .08    | .934    |

\*  $p < .001$

3. การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยรำวงมาตรฐานบนตารางเก้าช่องร่วมกับอุ้งทรายถ่วงน้ำหนัก กับกลุ่มควบคุมที่ดำเนินชีวิตตามปกติและไม่ได้ออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $Z = 4.46, 4.51; p < .001$ ) และใช้เวลาในการทดสอบการทรงตัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $Z = 4.70, p < .001$ ) ดังแสดงในตาราง 4

**ตาราง 4** การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

| ตัวแปร                      | กลุ่มทดลอง (n=26) |      |       | กลุ่มควบคุม (n=26) |      |       | Z      | p-value |
|-----------------------------|-------------------|------|-------|--------------------|------|-------|--------|---------|
|                             | M                 | SD   | Med   | M                  | SD   | Med   |        |         |
| การรับรู้ความสามารถของตนเอง | 4.15              | .42  | 4.25  | 3.10               | .54  | 3.21  | 4.46*  | <.001   |
| ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ    | 15.35             | 3.16 | 14.00 | 7.62               | .50  | 8.00  | 4.51*  | <.001   |
| การทรงตัว                   | 9.38              | 1.17 | 9.00  | 13.12              | 1.28 | 12.50 | -4.70* | <.001   |

\*  $p < .001$

## การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยรำวงมาตรฐานบนตารางเก้าช่องร่วมกับการใช้อุ้งทรายถ่วงน้ำหนักต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวของผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี อภิปรายผลตามตัวแปร ดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่าง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ออกแบบให้เริ่มจากกิจกรรมง่ายและเพิ่มระดับความยากอย่างค่อยเป็นค่อยไป สามารถสร้างประสบการณ์ความสำเร็จและเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของ Bandura (1977) ทั้งนี้ โปรแกรมยังสอดคล้องกับองค์ประกอบของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ การได้รับประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากตัวแบบ การได้รับแรงเสริมทางวาจา และการลดความตึงเครียด ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการออกกำลังกายมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการออกกำลังกาย โดยพบว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมออกกำลังกายและสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่น การศึกษาของ Suebsontorn et al. (2023) ที่ใช้โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการเคลื่อนไหวตามจังหวะ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมออกกำลังกายเพิ่มขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้การรำไทยเป็นรูปแบบการออกกำลังกาย ซึ่งพบว่าสามารถพัฒนาสมรรถภาพทางกายและการทรงตัวในผู้สูงอายุได้ (Saksanit & Khongprasert, 2021)

2. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เนื่องจากกิจกรรมของโปรแกรม มีการผสมผสานร่าวมมาตรฐานบนตารางเก้าช่องกับการฝึกแรงต้านโดยใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก ซึ่งเป็นช่วยกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อส่วนล่างอย่างต่อเนื่องและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เป็นไปตามแนวทางการฝึกแรงต้านในผู้สูงอายุของ Fragala et al. (2019) ดังผลการศึกษาที่พบว่า การฝึกก้าวบนตารางเก้าช่องสามารถเพิ่มสมรรถภาพกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุได้ (Nualnetr et al., 2016; Manesub et al., 2019; Wannapong et al., 2021) รวมทั้ง การฝึกแรงต้านร่วมกับการถ่วงน้ำหนักที่ข้อเท้าพบว่า สามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทำงานของขาในผู้สูงอายุ (Saksanit & Khongprasert, 2021) และกิจกรรมการออกกำลังกายรูปแบบการเดินหรือการเคลื่อนไหวตามจังหวะดนตรีพบว่า สามารถส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัวในผู้สูงอายุ (Lu et al., 2024)

3. การทรงตัว ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการทรงตัวดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่เน้นการก้าวหลายทิศทางบนตารางเก้าช่อง ช่วยพัฒนาการควบคุมศูนย์ถ่วงและการประสานงานของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้การทรงตัวดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Nualnetr (2016) และ Manesub et al. (2019) ที่พบว่า การออกกำลังกายแบบตารางเก้าช่อง ช่วยเพิ่มความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัยนี้ มีจุดเด่นในการพัฒนาโปรแกรมออกกำลังกายที่บูรณาการกิจกรรมร่าวมมาตรฐานตารางเก้าช่อง และการใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก ซึ่งสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุไทย ใช้อุปกรณ์ที่หาได้ง่ายและมีต้นทุนต่ำ สามารถนำไปประยุกต์ใช้จริงในชุมชนได้ นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นกรอบแนวคิดช่วยอธิบายกลไกของการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านจิตใจและด้านร่างกาย อย่างไรก็ตาม การนำทั้งร่าวมมาตรฐานบนตารางเก้าช่องกับการฝึกแรงต้านโดยใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนักมาใช้ร่วมกันเป็นครั้งแรกนี้ แม้ว่าจะได้ผลลัพธ์ที่ดี แต่ยังต้องการการวิจัยต่อเนื่องในระยะยาวและการทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพต่อไป

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดจากปัจจัยแทรกซ้อนที่ควบคุมไม่ได้ เช่น กิจกรรมทางกายนอกโปรแกรม ภาวะสุขภาพ และโรคร่วมที่เปลี่ยนแปลงระหว่างการศึกษา รวมทั้ง แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจมีผลต่อผลลัพธ์ของการศึกษา รวมทั้ง เป็นการศึกษาเพียง 8 สัปดาห์ จึงควรมีการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงผู้สูงอายุและครอบครัว สามารถนำโปรแกรมร่าวมมาตรฐานบนตารางเก้าช่องร่วมกับการใช้ถุงทราย

ถ่วงน้ำหนักสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยปรับรูปแบบการฝึกให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยติดตามผลผลลัพธ์ในระยะยาว อย่างน้อย 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว ตลอดจนการคงอยู่ของพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

### เอกสารอ้างอิง

- American College of Sports Medicine. (2021). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (11<sup>th</sup> ed.). Wolters Kluwer.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bureau of Elderly Health. (2024). *Manual for physical fitness assessment among older adults*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Chamnongphol, P., Piboon, K., Pongsaengpan, P., Jaidee, W., & Methaphat, C. (2017). Effectiveness of Thai Traditional Dance on exercise behavior, blood pressure and cholesterol level among ageing adults with hypertension, Chanthaburi Province. *Journal of Health Science of Thailand*, 26(1), 40-49. (in Thai)
- Chen, L.-K., Woo, J., Assantachai, P., Auyeung, T.-W., Chou, M.-Y., Iijima, K., Jang, H. C., Kang, L., Kim, M., Kim, S., Kojima, T., Kuzuya, M., Lee, J. S., Lee, S. Y., Lee, W.-J., Lee, Y., Liang, C.-K., Lim, J.-Y., Lim, W. S., ... Arai, H. (2020). Asian working group for sarcopenia: 2019 consensus update on sarcopenia diagnosis and treatment. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(3), 300-307. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.12.012>
- Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., Cooper, C., Landi, F., Rolland, Y., Sayer, A. A., Schneider, S. M., Sieber, C. C., Topinkova, E., Vandewoude, M., Visser, M., & Zamboni, M. (2019). Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(1), 16-31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>
- Fragala, M. S., Cadore, E. L., Dorgo, S., Izquierdo, M., Kraemer, W. J., Peterson, M. D., Ryan, E. D., & Chulvi-Medrano, I. (2019). Resistance training for older adults: Position statement from the National Strength and Conditioning Association. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 33(8), 2019-2052. <https://doi.org/10.1519/JSC.0000000000003230>

- Health Data Center (HDC). (2025). *Health data center of Suphanburi provincial health office*. <https://hdc.moph.go.th/spb/public/main>
- Landi, F., Calvani, R., Cesari, M., Tosato, M., Martone, A. M., Bernabei, R., & Onder, G. (2015). Sarcopenia as the biological substrate of physical frailty. *Clinics in Geriatric Medicine*, 31(3), 367–374. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2015.04.005>
- Lu, J., et al. (2024). *The effects of dance interventions on physical function and quality of life among middle-aged and older adults: A systematic review*. *PLoS ONE*, 19(4), e0301236. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301236>
- Maneesub, Y., Sereekittikul, J., Nerunchorn, N., & Krajaengjang, T. (2019). Model of fall prevention in the elderly by nine-square exercise. *Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 36(3), 236-244. (in Thai)
- Nualnetr, N., Aonsri, C., & Chaipipat, N. (2016). A comparison of 9-square exercise and conventional balance exercise on balance in older women. *Thai Journal of Physical Therapy*, 38(3), 93-102. (in Thai)
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed “Up & Go”: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142-148. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x>
- Saksanit, N., & Khongprasert, S. (2021). Effects of Thai dance training with ankle weight loading on gait performance and balance in elderly. *Journal of Sports Science and Health*, 22(3), 384-396. (in Thai)
- Suebsoontorn, W., Chouwai, S., Ruanphet, K., & Nimit-arnun, N. (2023). The effects of self-efficacy enhancement program of square-stepping exercise among older adults with pre-hypertension on exercise health related behavior and blood pressure level. *Chonburi Hospital Journal*, 50(1), 5-18. (in Thai)
- Wang, H., Huang, W. Y., & Zhao, Y. (2022). Efficacy of exercise on muscle function and physical performance in older adults with sarcopenia: An updated systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 8212. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138212>
- Wannapong, S., Nakmareong, S., Bennett, S., & Nualnetr, N. (2021). The effects of nine-square exercise on balance in the elderly with falls risk. *Srinagarind Medical Journal*, 36(3), 310-316. (in Thai)
- World Health Organization. (2021). *Decade of healthy ageing 2021–2030*. World Health Organization.

## บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

ของมารดาที่มีบุตรคนล่าสุดอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี

Factors Predicting the Duration of Exclusive Breastfeeding among

Mothers of Children Aged 6 Months to 2 Years

นภาพรณ เกตุทอง<sup>1</sup>, ชนุตพร สมใจ<sup>1\*</sup>, สุชาดา บุญธรรม<sup>1</sup>,

ไพลิน ถึงถิ่น<sup>1</sup>, เกตุกนก เกตุทอง<sup>1</sup>, ชื่นสกุล แสงพิทักษ์<sup>2</sup>, ไพลิน แก้วคัลลนา<sup>3</sup>

Napaporn Gettong<sup>1</sup>, Chanuttaporn Somjai<sup>1</sup>, Suchada Boontham<sup>1</sup>,

Pailin Thungtin<sup>1</sup>, Ketkanok Kettong<sup>1</sup>, Chuensakun Saengpitak<sup>2</sup>, Pailin Kaewkanlana<sup>3</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chanuttaporn@pckpb.ac.th)

(Received: January 9, 2026; Revised: March 29, 2025; Accepted: April 1, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจากสามี จากบุคคลในครอบครัว และจากบุคลากรทางสุขภาพ ต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่มีบุตรคนล่าสุดอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี ที่พาบุตรมารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็ก ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 - พฤศจิกายน พ.ศ.2568 จำนวน 102 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี จากบุคลากรทางสุขภาพ และจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $r = .603, .391, .436$ , และ  $.473$  ตามลำดับ) ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 47.30

<sup>1</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
Instructor, Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
Registered Nurse (Senior Professional Level), Phrachomkiao Hospital, Phetchaburi Province

<sup>3</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
Registered Nurse (Professional Level), Phrachomkiao Hospital, Phetchaburi Province

(Adjusted  $R^2 = .473$ ,  $p < .05$ ) ได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพ การสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ตามลำดับ ( $Beta = .352$ ,  $.290$ ,  $.187$  และ  $.185$ )

บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมทักษะความรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงหลังคลอด โดยการบูรณาการแรงสนับสนุนทั้งจากบุคลากร สามี และสมาชิกในครอบครัว เพื่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ทางสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

## Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine the predictive power of health literacy and social support from husbands, family members, and healthcare providers on the duration of exclusive breastfeeding. The sample consisted of 102 mothers whose youngest child was aged between 6 months and 2 years. Participants were recruited using simple random sampling from mothers attending the “well baby clinic” at an urban community health center, Phrachomklao Hospital, Phetchaburi Province, Thailand, between December 2024 and November 2025. Data were collected using a demographic questionnaire, a health literacy questionnaire, and a social support questionnaire related to breastfeeding. The reliability of the instruments, assessed by Cronbach’s alpha coefficients, was .81 and .83, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson’s correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that health literacy and social support from husbands, healthcare providers, and family members were significantly positively correlated with the duration of exclusive breastfeeding ( $r = .603$ ,  $.391$ ,  $.436$ , and  $.473$ , respectively;  $p < .05$ ). Furthermore, these factors collectively explained 47.30% of the variance in exclusive breastfeeding duration (Adjusted  $R^2 = .473$ ,  $p < .05$ ). Health literacy was the strongest predictor, followed by support from husbands, healthcare providers, and family members ( $Beta = .352$ ,  $.290$ ,  $.187$ , and  $.185$ , respectively).

These findings suggest that healthcare providers should develop programs to enhance postpartum women’s health literacy by integrating support from healthcare professionals, husbands, and family members to promote successful exclusive breastfeeding.

**Keywords:** Health literacy, Social support, Exclusive breastfeeding

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก มีคำแนะนำให้ทั่วโลกสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวถึง 6 เดือน และให้นมแม่ร่วมกับอาหารตามช่วงวัยได้อย่างต่อเนื่อง จนทารกอายุ 2 ปีหรือมากกว่านั้น (World Health Organization, 2023) มีหลักฐานยืนยันอย่างชัดเจนถึงคุณประโยชน์ของนมแม่ที่สามารถส่งเสริมการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาต่อทารก (The United Nations Children's Fund, 2019; World Health Organization, 2023) และยังส่งผลดีต่อมารดาในการส่งเสริมสภาพร่างกายและจิตใจหลังคลอดให้กลับสู่ภาวะปกติอย่างรวดเร็ว รวมถึงลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังและโรคภัยร้ายแรง เช่น มะเร็งเต้านม และมะเร็งรังไข่ เป็นต้น (Del Ciampo & Del Ciampo, 2018; The United Nations Children's Fund, 2019) หากทารกที่ไม่ได้รับน้ำนมแม่อย่างเพียงพอ จะมีผลกระทบโดยตรงต่ออัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของแม่และเด็ก ความสูญเสียด้านพัฒนาการทางสติปัญญา รวมถึงภาระทางเศรษฐกิจ สำหรับคำรักษาพยาบาลเมื่อที่มีความเจ็บป่วย (Walters et al., 2019)

จากการสำรวจขององค์การยูนิเซฟ ซึ่งให้เห็นอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในภาพรวมทั่วโลกมีทิศทางที่ดี จากเดิมที่พบร้อยละ 40.0 ในปี พ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นร้อยละ 44.0 และ 48.0 ในปี พ.ศ. 2563 และ 2565 ตามลำดับ (World Health Organization, & The United Nations Children's Fund, 2021; World Health Organization, 2023; The United Nations Children's Fund, 2023) แม้ข้อมูลจะชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ดีขึ้นแต่ยังพบว่า หลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยยังมีอัตราที่ต่ำอย่างน่าวิตกกังวล โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2559, 2562, และ 2565 มีเด็กไทยที่ได้กินนมแม่อย่างเดียวถึง 6 เดือนเพียงร้อยละ 23.0, 14.0, และ 28.6 ตามลำดับ (The United Nations Children's Fund, 2023) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่คงยังเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้พยายามดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ผ่านความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งการกำหนดนโยบายและผลานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อแก้ไขสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีเชื่อมโยงกับปัจจัยหลายประการ

ปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานขึ้น มีความเกี่ยวข้องกับความพร้อมและการสนับสนุนทั้งในด้านอาชีพและสังคม โดยเฉพาะมารดาที่เป็นแม่บ้านเต็มตัวหรือทำงานอิสระ พฤติกรรมการให้นมบุตรที่เหมาะสม รวมถึงแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน ในทางกลับกันปัจจัยที่เป็นอุปสรรคทำให้ระยะเวลาการให้นมแม่สั้นลง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา เช่น อายุที่มากขึ้นและระดับการศึกษาที่จำกัด ปัจจัยทางคลินิก เช่น การผ่าตัดคลอด และพฤติกรรมการเริ่มให้ทารกดูดนมครั้งแรกที่ล่าช้าหลังคลอด (Yang et al., 2023; Emagneneh et al., 2025) และขาดความรู้และความตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Arpassakul, 2016) นอกจากนี้ ยังพบว่า มารดาที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการเลิกให้นมบุตรเร็วขึ้น (Vila-Candel et al., 2024)

ความรู้ทางสุขภาพ (Nutbeam, 2009) ได้ถูกนำไปเพื่อศึกษาพฤติกรรมทางสุขภาพอย่างแพร่หลาย รวมถึงพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Valero-Chillerón et al., 2022) ซึ่งเกิดขึ้นจากการปฏิบัติของมารดาที่มีพื้นฐานเชื่อมโยงกับองค์ความรู้ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ จนกระทั่งสามารถผลักดันให้

มารดาแสดงพฤติกรรมนั้นได้อย่างเนื่อง โดยถือเป็นประเด็นที่สะท้อนถึงความรู้ทางสุขภาพของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กล่าวคือมารดาที่มีความรู้ทางสุขภาพในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะความสามารถที่เหมาะสมในการเข้าถึง เข้าใจและประเมินเพื่อนำใช้ข้อมูลในดูแลช่วยเหลือตนเองจนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการให้นมแม่อย่างเดียได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องจนนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของตนเองและทารก (Ministry of Public Health, Thailand, 2018; World Health Organization, 2025) ความรู้ทางสุขภาพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียได้ถึง 6 เดือน อย่างไรก็ตาม แม้ว่ามารดาที่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีเพียงอย่างเดียว อาจจะยังไม่ส่งผลต่อพลังอำนาจในการให้นมแม่มากพอ หากไม่ได้รับการสนับสนุนอื่นร่วมด้วย (Targhaq et al., 2025)

เงื่อนไขในการรักษาและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการให้นมแม่อย่างเดียได้ถึง 6 เดือน จำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมที่เพียงพอจากบุคคลสำคัญในชีวิต ได้แก่ สามี และบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่มารดาให้ความเชื่อมั่นไว้วางใจ รวมถึงบุคลากรทางสุขภาพที่เป็นผู้มีความรู้และเป็นที่เชื่อถือของมารดาและครอบครัว ดังแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นในสังคม ได้รับการตอบสนองช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร (House, 1981) มีส่วนช่วยให้มารดาเกิดกำลังใจและมีแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนสำเร็จ (Sajjasang & Siriprathum, 2020; Damchuti & Kala, 2021) ผู้วิจัยจึงสนใจเลือกตัวแปรทั้งการสนับสนุนทางสังคมและความรู้ด้านสุขภาพ ในการทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียในบริบทสังคมปัจจุบัน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับนำไปใช้สำหรับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียได้อย่างยั่งยืน

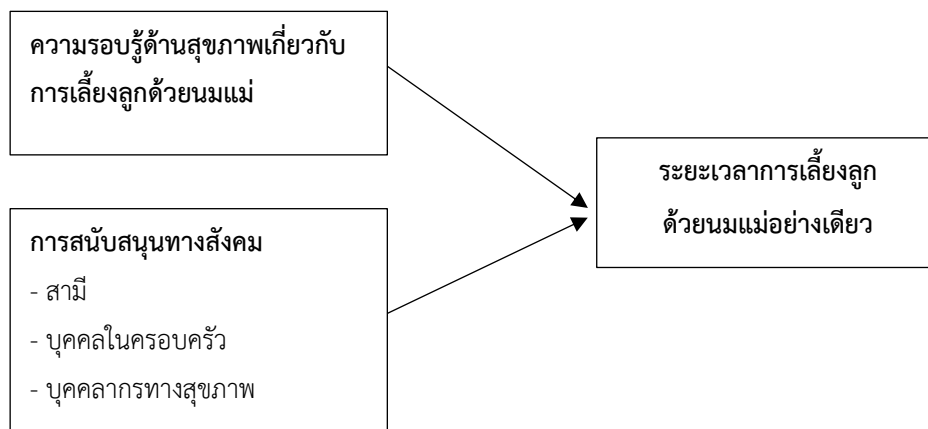
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียของมารดาที่มีบุตรคนล่าสุดอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ทางสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจากสามี จากบุคคลในครอบครัว และจากบุคลากรทางสุขภาพ กับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียของมารดาที่มีบุตรคนล่าสุดอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียของมารดาที่มีบุตรคนล่าสุดอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ คัดเลือกปัจจัยเพื่อทำนายระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียของมารดาที่มีบุตรคนล่าสุดอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี ได้แก่ ความรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam (2009) ซึ่งเป็นปัจจัยเชิง

สมรรถนะภายในที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของมารดา โดยมารดาที่มีความรอบรู้ในระดับดีจะมีความสามารถในการเข้าถึงและคัดกรองข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้อง สามารถประเมินความเสี่ยงและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการให้นมได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นและคงพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนานขึ้น (Department of Health Service Support, 2018; Vila-Candel et al. 2024) ร่วมกับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) เป็นปัจจัยเชิงสภาพแวดล้อมที่ช่วยเสริมพลัง โดยเฉพาะการสนับสนุนจากสามี ครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในด้านข้อมูลและการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระ จะช่วยลดความเครียดและแรงกดดันของมารดา ช่วยให้มารดาเกิดกำลังใจและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนานถึง 6 เดือน (Damchuti & Kala, 2021) หากมารดามีทั้งทักษะความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง จนสามารถบรรลุเป้าหมายตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ได้ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนล่าสุดอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567- พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาที่มีบุตรคนล่าสุดอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี ที่พาบุตรมารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็ก ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ตัวอย่างที่มีลักษณะประชากรและบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่หลากหลาย การจัดการบริการทางสุขภาพสอดคล้องตามนโยบายของประเทศ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567- พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มีบุตรคนล่าสุดอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการใช้โปรแกรม G\* Power 3.1.9.4 โดยกำหนด สำหรับสถิติ Linear multiple regression: fix model, R2 deviation from zero ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ .05 และค่ากำลังการทดสอบ (power of

test) เท่ากับ .80 ตัวแปรอิสระ จำนวน 4 ตัวแปร และกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของคำตอบจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 การศึกษาครั้งนี้ จึงใช้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 102 ราย

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) ไม่ใช่แม่เลี้ยงเดี่ยว 4) อ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และกำหนดเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ มารดาหรือทารกมีอาการเจ็บป่วย ไม่สบาย ในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูล ไม่พบบุตรมาตรวจตามนัด และให้ข้อมูลการวิจัยได้ไม่ครบถ้วน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากจากบัตรคิวของมารดาที่ลงท้ายด้วยเลขคู่ (Thato, 2018)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ ได้แก่ อายุ จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ ช่วงเวลาที่กลับไปทำงาน ลักษณะครอบครัว ผู้ที่เลี้ยงดูทารก คนปัจจุบันเป็นหลัก การได้รับความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และระยะเวลาที่ใช้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพของ Uthaitum et al. (2021) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Nutbeam (2009) และกระทรวงสาธารณสุข (Department of Health Service Support, 2018) จำนวน 35 ข้อ จำแนกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบ โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน และ 2) ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 3) ด้านการจัดการตนเอง 4) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ 5) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และ 6) ด้านการตัดสินใจ ซึ่งในด้านที่ 2 – 6 มีจำนวนด้านละ 5 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนระหว่างไม่ได้ปฏิบัติ และ/หรือ ทำไม่ได้/ไม่เคยทำ เท่ากับ 1 คะแนน ตามลำดับจนถึง การปฏิบัติทุกครั้ง และ/หรือ ทำได้ง่ายมาก เท่ากับ 5 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ มีการให้คะแนนแบบตรงกันข้าม คิดคะแนนรวมและจำแนกออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระหว่าง 25.00-47.00 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำที่สุด 47.01-69.00 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 69.01-91.00 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง 91.01-113.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก และ 113.01-135.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ Sajjasang and Siriprathum (2020) ซึ่งสร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) จำนวน 27 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ๆ ละ 9 ข้อ ได้แก่ การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ สามี และครอบครัว มีลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนระหว่างไม่ได้ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ตามลำดับจนถึง การปฏิบัติมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ มีการให้คะแนนตรงกันข้าม คิดคะแนนรวมในแต่ละด้าน และจำแนกออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระหว่าง 9.00-16.20 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด 16.21-23.40 คะแนน หมายถึง

ระดับน้อย 23.41-30.60 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง 30.61-37.80 คะแนน หมายถึง ระดับมาก และ 37.81-45.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลแม่และเด็ก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เท่ากับ .96 และ .89 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายและนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .81 และ .83 ตามลำดับ

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ขออนุญาตขออนุญาตเก็บข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
2. เข้าพบหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาและขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยพิจารณาจากแฟ้มประวัติ และสอบถามจากมารดาโดยตรง จากนั้น เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว และชี้แจงรายละเอียดข้อมูลการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะขอให้ลงชื่อในใบยินยอมอาสาสมัครด้วยความสมัครใจ เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
4. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด จากนั้น ให้เวลาอาสาสมัครในการตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ ก่อนนำไปแบบสอบถามทั้งหมดไปดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ และคะแนนการสนับสนุนทางสังคมต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดา โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ )
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) โดยการกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ ( $r$ ) ดังนี้ (Thato, 2018)  $r < \pm 0.30$  หมายถึง ระดับต่ำ ระหว่าง  $\pm 0.30 - \pm 0.70$  หมายถึง ระดับปานกลาง และ  $> \pm 0.70$  หมายถึง ระดับสูง

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ด้วยวิธี Stepwise ซึ่งกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ ดังนี้ 1) ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติและตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ normal probability plot 2) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ โดยพิจารณาจากกราฟ scatter plot 3) ทดสอบตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (multicollinearity) ได้ค่า Variance Inflation Factor (VIF) อยู่ระหว่าง 1.06-1.67 และค่า Tolerance อยู่ระหว่าง .00 - .94 และ 4) ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน ได้ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.88

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขรับรอง 39/256 ลงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2567 โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายใต้การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ รวมทั้ง ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และจัดเก็บข้อมูลเป็นความลับและทำลายทิ้งภายหลังจากผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้วภายใน 1 ปี

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 61.76 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 61.76 รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 9,001-30,000 บาท/เดือน ร้อยละ 53.92 และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 47.06 ซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมากที่สุด ร้อยละ 47.06 และส่วนใหญ่ต้องกลับไปในช่วง 3 เดือนมากที่สุด ร้อยละ 43.14 ทั้งนี้ ยังพบว่าส่วนใหญ่มีจำนวนบุตร 2 คนขึ้นไป มากถึงร้อยละ 79.41 โดยมารดาทั้งหมดร้อยละ 100 เป็นผู้เลี้ยงดูทารกเป็นหลักและเคยได้รับความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 102)

| รายการ                                  | จำนวน | ร้อยละ | รายการ              | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------------------------|-------|--------|---------------------|-------|--------|
| อายุ (ปี) ( $M = 30.11$ , $SD = 6.96$ ) |       |        | อาชีพ               |       |        |
| ≤ 20                                    | 11    | 10.78  | แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน | 12    | 11.76  |
| 21-34                                   | 63    | 61.76  | ราชการ/รัฐวิสาหกิจ  | 48    | 47.06  |
| ≥ 35                                    | 28    | 27.45  | รับจ้างทั่วไป       | 42    | 41.18  |
| ลักษณะครอบครัว                          |       |        | จำนวนบุตร           |       |        |
| เดี่ยว                                  | 63    | 61.76  | 1 คน                | 21    | 20.59  |
| ขยาย                                    | 39    | 38.24  | 2 ขึ้นไป            | 81    | 79.41  |

ตาราง 1 (ต่อ)

| รายการ                        | จำนวน | ร้อยละ | รายการ                                      | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------|-------|--------|---------------------------------------------|-------|--------|
| รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน) |       |        | ช่วงเวลาที่กลับไปทำงาน                      |       |        |
| ≤ 9,000                       | 8     | 7.84   | ไม่ได้ทำงาน                                 | 12    | 11.76  |
| 9,001-30,000                  | 55    | 53.92  | 1 เดือน                                     | 28    | 27.45  |
| ≥ 30,001                      | 39    | 38.24  | 2 เดือน                                     | 18    | 17.65  |
| การศึกษา                      |       |        | 3 เดือน เป็นต้นไป                           | 44    | 43.14  |
| ประถมศึกษา                    | 3     | 2.94   | มารดาผู้เลี้ยงดูทารกเป็นหลัก                |       |        |
| มัธยมศึกษา                    | 29    | 28.43  | ใช่                                         | 102   | 100.00 |
| อนุปริญญา                     | 22    | 21.57  | ไม่ใช่                                      | 0     | 0.00   |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า          | 48    | 47.06  | การได้รับความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ |       |        |
|                               |       |        | เคย                                         | 102   | 100.00 |
|                               |       |        | ไม่เคย                                      | 0     | 0.00   |

2. ระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว โดยเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 เดือน ( $SD = 1.99$ ) มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 79.93$ ,  $SD = 7.24$ ) และมีระดับการสนับสนุนทางสังคม จากสามี จากบุคคลในครอบครัว และจากบุคลากรทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ( $M = 26.18$ ,  $28.64$ ,  $28.38$ ;  $SD = 4.22$ ,  $3.33$ ,  $3.24$ ) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) ของระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ( $n = 102$ )

| ตัวแปร                                            | $M$   | $SD$ | ระดับ   |
|---------------------------------------------------|-------|------|---------|
| ความรอบรู้ทางสุขภาพ                               | 79.93 | 7.24 | ปานกลาง |
| ความรู้ ความเข้าใจ ทางสุขภาพ                      | 5.63  | 1.62 | ปานกลาง |
| การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ             | 15.70 | 1.99 | ปานกลาง |
| การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ                            | 14.53 | 2.01 | ปานกลาง |
| การจัดการตนเอง                                    | 14.92 | 2.31 | ปานกลาง |
| การรู้เท่าทันสื่อ                                 | 13.01 | 2.18 | ปานกลาง |
| การตัดสินใจ                                       | 16.15 | 1.61 | ปานกลาง |
| การสนับสนุนทางสังคมจากสามี                        | 26.18 | 4.22 | ปานกลาง |
| การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว             | 28.64 | 3.33 | ปานกลาง |
| การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ            | 28.38 | 3.24 | ปานกลาง |
| ระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (เดือน) | 2.44  | 1.99 | -       |

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ทางสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจากสามี จากบุคคลในครอบครัว และจากบุคลากรทางสุขภาพ กับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ของมารดาที่มีบุตรคนล่าสุดอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี พบว่า ความรู้ทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจาก สามี การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ( $r = .603, .391, .473$ , และ  $.436, p < .05$  ตามลำดับ) ดังตาราง 3

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

| ตัวแปร                                      | X1     | X2     | X3     | X4     | Y |
|---------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|---|
| ความรู้ทางสุขภาพ (X1)                       | 1      |        |        |        |   |
| การสนับสนุนทางสังคมจากสามี (X2)             | .214*  | 1      |        |        |   |
| การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว (X3)  | .514** | .133   | 1      |        |   |
| การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ (X4) | .505** | .010   | .369** | 1      |   |
| ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (Y) | .603** | .391** | .473** | .436** | 1 |

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

4. ปัจจัยทำนายระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนล่าสุดอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Stepwise พบว่า ความรู้ทางสุขภาพ ( $Beta = .352$ ) การสนับสนุนทางสังคมจากสามี ( $Beta = .290$ ) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ ( $Beta = .187$ ) และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ( $Beta = .185$ ) เป็นปัจจัยที่สามารถ ร่วมทำนายความแปรปรวนของระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้ร้อยละ 47.30 ( $Adjusted R^2 = .473, p < .05$ ) ดังตาราง 4

ตาราง 4 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอนปัจจัยทำนายระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

| ตัวแปร                                 | b    | SE   | Beta | t       | p-value |
|----------------------------------------|------|------|------|---------|---------|
| ความรู้ทางสุขภาพ                       | .097 | .026 | .352 | 3.757** | <.001   |
| การสนับสนุนทางสังคมจากสามี             | .137 | .035 | .290 | 3.889** | <.001   |
| การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ | .115 | .052 | .187 | 2.197*  | .030    |
| การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว  | .111 | .051 | .185 | 2.167*  | .033    |

ค่าคงที่ = -15.313,  $SE = 1.838$ ,  $R = .703$ ,  $R^2 = .494$ ,  $R^2_{Adj} = .473$ ,  $F = 23.700$ ,  $p < .01$

## การอภิปรายผล

1. ระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนล่าสุดอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 เดือน ( $SD = 1.99$ ) ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 6 เดือนที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สอดคล้องกับรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2565 ที่ระบุว่าเด็กไทยได้รับนมแม่อย่างเดียวเฉลี่ยเพียง 1.6 เดือน (National Statistical Office, 2023) สถานการณ์ดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในการดำเนินนโยบายระดับชาติซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงนโยบายการลาคลอดได้เพียง 3 เดือน (90 วัน) ส่งผลโดยตรงต่อโอกาสและระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่ลดน้อยลง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ( $r = .603, p < .05$ ) เนื่องจากรดาที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะความสามารถที่เหมาะสมในการเข้าถึง เข้าใจและประเมิน เพื่อนำใช้ข้อมูลในดูแลช่วยเหลือตนเองจนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการให้นมแม่ได้อย่างเดียวได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2009) รวมถึง มีความสามารถในการเปรียบเทียบข้อมูล เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องในทิศทางที่เหมาะสม และตัดสินใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (Wattanasiri et al. 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ Viboonwatthanakitt et al. (2024) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ( $r = .52, p < 0.01$ ) ซึ่งให้เห็นว่ามารดาที่มีความสามารถในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ จะมีแนวโน้มในการตัดสินใจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง แม้จะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก

การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากสามี บุคคลในบุคลาการทางสุขภาพและบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ที่กล่าวว่า การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม การช่วยเหลือกันในการจัดการปัญหาต่างๆ จะช่วยให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ (House, 1981) โดยการสนับสนุนทางสังคมจากสามี มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ( $r = .391, p < .05$ ) ดังผลการศึกษาที่พบว่า หากสามีเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สนับสนุนด้านการเงินและมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตร ส่งผลให้ภรรยามีความมั่นใจและความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Potchana et al., 2022) รวมทั้ง ทำให้สามารถปรับอารมณ์ให้เหมาะสมระหว่างให้นมบุตร และมีความสัมพันธ์กับการให้นมแม่อย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Fitri et al., 2017) ซึ่งให้เห็นว่าสามีมีบทบาทในการสนับสนุนให้ภรรยาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวต่อไปได้ โดยเป็นผู้ที่คอยเตือนให้ภรรยาให้นมลูก รวมถึงสามีมีการกล่าวชมเชยเมื่อภรรยาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เป็นอย่างดี พฤติกรรมเหล่านี้ จะช่วยสร้างความเชื่อมั่นและกำลังใจที่ดีให้แก่ภรรยาที่มุ่งมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวต่อไป

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลาการทางสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ( $r = .436, p < .05$ ) เนื่องจากบุคลาการทาง

สุขภาพมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้คำแนะนำในการเตรียมความพร้อม และส่งเสริมทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้ง ให้ความช่วยเหลือเมื่อพบปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Yulidasari et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Siregar et al., (2023) ที่พบว่า การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของ Rueangseree & Kankam (2019) ที่พบว่า มารดาที่ได้รับการบริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ( $r = .708, p < .01$ )

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ( $r = .473, p < .05$ ) เนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัวมีส่วนช่วยให้มารดามีสุขภาพจิตที่ดี และมีบุคคลมีช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังผลการศึกษาของ Fadjriah et al. (2021) ที่พบว่า มารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้นมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .020$ ) และจากการศึกษาของ Raknarong et al. (2023) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่น พบว่า การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .419, p < .01$ )

3. ความรอบรู้ทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ได้ร้อยละ 47.30 เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามี บุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ เป็นปัจจัยปกป้องช่วยให้บุคคลปรับตัวกับภาวะวิกฤตหรือบทบาทการเป็นมารดาได้ดีขึ้น (House (1981) ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ Raknarong et al. (2023) ที่พบว่า การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี พ่อแม่ของสามี และพ่อแม่ของมารดาวัยรุ่น มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่นในภาคใต้ตอนล่าง โดยเฉพาะสามีที่มีส่วนในการสนับสนุนทั้งในการช่วยเลี้ยงลูกและการให้กำลังใจ จะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้นมบุตรได้ดีขึ้น และการสนับสนุนการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพจะมีส่วนในการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำ วิธีการแก้ไขปัญหา และความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้นม (Targhaq et al., 2025) นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเพียงพอมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน สูงกว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนน้อย เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อมั่น และให้การช่วยเหลือเชิงรูปธรรมในชีวิตประจำวัน ตลอดจนมีส่วนร่วมกับการดาในการวางแผนเพื่อเอาชนะอุปสรรคในการให้นมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dewi et al. 2017) จะเห็นได้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวมารดาเพียงลำพัง แต่เป็นผลจากการได้รับความช่วยเหลือและการยอมรับจากเครือข่ายรอบข้างที่ช่วยลดความเครียดและเพิ่มความเชื่อมั่นในการให้นมบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของ Tongmuangtunyatep and Somboon (2024) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมใน

ระดับสูงมีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดสูง เมื่อเปรียบเทียบกับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำถึง 3.10 เท่า (95% CI 1.290-7.482) รวมทั้ง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการเข้าถึงหรือแหล่งบริการทางสุขภาพที่จำเป็น การทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Vila-Candel et al. (2024) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่ามารดาที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีอิทธิพลต่อการเลิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนกำหนด ( $p = .022$ ) ทั้งนี้ จังหวัดเพชรบุรีมีความแตกต่างของลักษณะชุมชน ซึ่งมีทั้งครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย อีกทั้งยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีค่าน้อยกว่ากรมอนามัยกำหนด เช่น การกลับไปทำงานของมารดา หลังคลอด การสนับสนุนให้มารดาเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะทำให้มารดาเกิดความมั่นใจและสามารถแก้ปัญหาและจัดการกับอุปสรรคขณะให้นมแม่ได้ รวมทั้ง การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มารดาได้รับข้อมูลและการช่วยเหลือ ทำให้ลดความเครียดและแรงกดดันของมารดา เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ซึ่งหากมารดาได้รับการส่งเสริมทั้ง 2 ปัจจัยนี้ จะช่วยมารดาที่ยังคงพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ ศึกษากลุ่มตัวอย่างมารดาในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้อ้างอิงในบริบทอื่นที่มีความแตกต่างทางด้านสังคม วัฒนธรรม และรูปแบบบริการทางสุขภาพ

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพและนักวิชาการนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาทักษะความรู้ทางสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์โดยฝึกให้มารดามีทักษะการตัดสินใจและการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการผ่านแอปพลิเคชัน รวมทั้ง การสนับสนุนให้สามีและครอบครัวเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อสนับสนุนให้มารดาเกิดพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้ต่อเนื่องถึง 6 เดือน

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว โดยบูรณาการทั้งความรู้ทางสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ หลังคลอด และเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนจนครบระยะเวลา 6 เดือนหรือมากกว่านั้น

## เอกสารอ้างอิง

- Apartsakun, P. (2016). Discouraging factors of breastfeeding among Thai women. *Journal of Public Health Nursing*, 30(2), 133–146. (in Thai)
- Damchuti, I., & Kala, S. (2021). Factors influencing the success of a 6-month exclusive breastfeeding period among working mothers. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 9(1), 107-120. (in Thai)
- Department of Health Service Support. (2018). *Health literacy and health behavior promotion and assessment among children and adolescents aged 7–14 years and people aged 15 years and over (Revised edition)*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Del Ciampo, L. A., & Del Ciampo, I. R. L. (2018). Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. *RBGO Gynecology and Obstetrics*, 40(6), 354-359. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657766>
- Dewi, R. et al. (2017). Family support and exclusive breastfeeding among Yogyakarta mothers in employment. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 26(suppl 1), S31-S35. <https://doi.org/10.6133/apjcn.062017.s8>
- Emagneneh, T., Mulugeta, C., Alamrew, A., Ejigu, B., & Abebe, W. (2025). Early cessation of exclusive breastfeeding and associated factors in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Nutrition*, 12, 1500077. <https://doi.org/10.3389/fnut.2025.1500077>
- Fadjriah, R. N., Krisnasari, S., & Gugu, Y. (2021). Relationship between family social support and exclusive breastfeeding behavior at Talise Health Center, Indonesia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9, 312–316. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.5987>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support reading*. Addison-Wesley.
- Fitri, N., Lestari, Y., & Evareny, L. (2017). The relation between husband support with exclusive breastfeeding in baby age 6-12 months in Dingin Health Center. *Journal of Midwifery*, 2(2), 74-81. <https://doi.org/10.25077/jom.2.2.74-81.2017>
- National Statistical Office of Thailand. (2023). *Thailand Multiple Indicator Cluster Survey 2022, Survey Findings Report*. National Statistical Office of Thailand. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies?. *International Journal of Public Health*, 54(5), 303-305. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x>

- Potchana, R., Benjamas, D., Sosome, B., & Sridawruang, C. (2022). Husband supporting for breastfeeding. *Journal of Health Science and Community Public Health*, 5(2), 1-12. (in Thai)
- Raknarong, N., Kritcharoen, S., & Kala, S. (2023). Factors influencing duration of exclusive breastfeeding among adolescent mothers in lower southern region. *Journal of Health Research and Innovation*. 6(2), 1-15 (in Thai)
- Rueangseree, M., & Kankarn, W. (2019). The study of factors predicting the duration of exclusive breastfeeding in adolescent mothers who attended service at health promoting hospital in Ubon Ratchathani Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(1), 195-204. (in Thai)
- Sajjasang, T., & Siriprathum, S. (2020). *Factors related to breast feeding behaviors of postpartum mothers in Chumphae Hospital Khonkaen*. Chum Phae Hospital. (in Thai)
- Siregar, F. L. S., Aritonang, E. Y., Sudaryati, E., & Nurmaini, N. (2023). Relationship between the support from healthcare workers and mother's motivation to exclusively breastfeed in Medan. In M. M. Amin (Ed.), *Advances in Health Sciences Research: The International Conference on Nursing and Public Health (ICoNaP 2022)* (pp. 162–168). Atlantis Press. [https://doi.org/10.2991/978-94-6463-120-3\\_25](https://doi.org/10.2991/978-94-6463-120-3_25)
- Targhaq, S., Hosseinzadeh, M., Mirghafourvand, M., & Mousavi, Z. (2025). Breastfeeding empowerment and its relationship with health literacy and spousal support among breastfeeding mothers in Tabriz, Iran: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 15(1), e084337. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084337>
- Thato, R. (2018). *Nursing research: Concepts to application* (3<sup>rd</sup> ed.). Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- The United Nations Children's Fund. (2019). *Breastfeeding and family-friendly policies: An evidence brief*. <https://www.unicef.org/sites/default/files/2019-07/UNICEF-Breastfeeding-Family-Friendly%20Policies-2019.pdf>
- The United Nations Children's Fund. (2023). *Breastfeeding*. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/>
- Tongmuangtunyatep, K., & Somboon, C. (2024). Factors influencing breastfeeding among postpartum mothers in the postpartum ward. *Journal of Nursing and Health Research*, 25(2), e267358. (in Thai)
- Uthaithum, N., Gettong, N., & Somjai, C. (2021). Factors predicting health literacy of pregnant women. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 4(2), 53-65. (in Thai)

- Valero-Chillerón, M. J., Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, Á., González-Chordá, V. M., Soriano-Vidal, F. J., Quesada, J. A., Castro-Sánchez, E., & Vila-Candel, R. (2022). Influence of health literacy on maintenance of exclusive breastfeeding at 6 months postpartum: A multicentre study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5411. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095411>
- Viboonwatthanakitt, R., Klayjun, P., Kabmala, P., & Maka, Y. (2024). Factors influencing breastfeeding behaviors among first-time postpartum mothers in Chiang Mai Province. *Journal of Nursing and Public Health Research*, 4(3), e270906. (in Thai)
- Vila-Candel, R., Soriano-Vidal, F. J., Franco-Antonio, C., Garcia-Algar, O., Andreu-Fernandez, V., & Mena-Tudela, D. (2024). Factors influencing duration of breastfeeding: Insights from a prospective study of maternal health literacy and obstetric practices. *Nutrients*, 16(5), 690. <https://doi.org/10.3390/nu16050690>
- Walters, D. D., Phan, L. T., & Mathisen, R. (2019). The cost of not breastfeeding: Global results from a new tool. *Health Policy and Planning*, 34(6), 407-417. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz050>
- Wattanasiri, P., Supavititpatana, B., & Sriarporn, P. (2022). Health literacy and exclusive breastfeeding self-management of first-time mothers. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, 33(2), 1-12. (in Thai)
- World Health Organization. (December 20, 2023). *Infant and young child feeding*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- World Health Organization, & The United Nations Children's Fund. (May 12, 2021). *The extension of the 2025 maternal, infant and young child nutrition targets to 2030: WHO/UNICEF discussion paper*. <https://data.unicef.org/resources/extension-of-2025-maternal-infant-and-young-child-nutrition>
- World Health Organization. (December 22, 2025). *Health literacy*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>
- Yang, Z., Ding, Y., Song, S., Zhang, Y., Li, A., Su, M., & Xu, Y. (2023). Factors affecting the breastfeeding duration of infants and young children in China: A cross-sectional study. *Nutrients*, 15(6), 1353. <https://doi.org/10.3390/nu15061353>
- Yulidasari, F., Rahman, F., & Rani, P. (2017). Health workers support, culture and status of exclusive breastfeeding in Sungai Ulin community health center. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 13(1), 7-12. <https://doi.org/10.15294/kemas.v13i1.6557>

## บทความวิจัย (Research article)

เสียงสะท้อนของภาคีเครือข่ายต่อปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและ

แนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนในชุมชน

Voices of Network Partners on Challenges in Psychiatric Care  
and Community Support System Development

สุจิตตา ฤทธิมนตร์<sup>1</sup>, อรทัย พงษ์แก้ว<sup>1\*</sup>, วาสนา สุระภักดิ์<sup>2</sup>, สุชีลา ตาลอำไพ<sup>3</sup>,

ฐิติรัตน์ เวทย์ศิริยานันท์<sup>4</sup>, อรุณรัตน์ ปัญจะ กลิ่นเกษร<sup>3</sup>

Sujitta Ritmontree<sup>1</sup>, Orathai Pongkaew<sup>1\*</sup>, Wasana Suraphak<sup>2</sup>, Sucheela Talumphai<sup>3</sup>,

Titiratana Wetsiriyanan<sup>4</sup>, Arunrat Puncha Glingasorn<sup>3</sup>

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

(Received: December 20, 2025; Revised: March 29, 2026; Accepted: April 1, 2026)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเสียงสะท้อนของภาคีเครือข่ายต่อปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และเสนอแนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 24 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง .67–1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบ 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ข้อจำกัดเชิงระบบ เช่น การตีตราทางสังคม ความไม่ชัดเจนของบทบาทเครือข่าย การขาดกลไกส่งต่อและติดตามหลังจำหน่าย และการขาดศักยภาพของผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร และ 2) แนวทางพัฒนาระบบสนับสนุน ได้แก่ การจัดให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง การกำหนดระบบดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายที่มีผู้รับผิดชอบชัดเจน การสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการใช้ทุนทางสังคม วัฒนธรรม และศาสนา เป็นกลไกสร้างการยอมรับในชุมชน

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

<sup>2</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Instructor, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Assistant Professor, Faculty of Arts and Sciences, Roi Et Rajabhat University

<sup>4</sup> อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Instructor, Faculty of Arts and Sciences, Roi Et Rajabhat University

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชระดับตำบล โดยกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานให้ชัดเจน และจัดทำแนวปฏิบัติร่วมกันในการติดตามอาการ เยี่ยมบ้าน และสื่อสารข้อมูลระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและลดการกลับเป็นซ้ำ

**คำสำคัญ:** การดูแลสุขภาพจิตในชุมชน, ภาควิชาเครือข่าย, การดูแลต่อเนื่อง, การวิจัยเชิงคุณภาพ

## Abstract

This descriptive qualitative study aimed to explore community network partners' reflections on challenges in caring for individuals with psychiatric disorders and to propose strategies for strengthening community-based support systems. Key informants were 24 community network partners involved in psychiatric care in Koh Kaew Subdistrict, Selaphum District, Roi Et Province, Thailand, purposively selected. Data were collected through focus group discussions using semi-structured in-depth interview guidelines. The interview guide was validated for content validity by three experts, with an Index of Item–Objective Congruence (IOC) ranging from .67 to 1.00. Data were analyzed using thematic analysis.

The findings identified two major themes. First, systemic limitations encompassed social stigma toward individuals with psychiatric disorders, ambiguous roles and coordination among network partners, the absence of referral and post-discharge follow-up mechanisms, and insufficient knowledge and confidence among community leaders and village health volunteers. Second, strategies for developing a support system included establishing local mental health expert teams, continuously strengthening the capacity of network partners, developing a clear continuity-of-care system with defined responsibilities following discharge, securing financial support from local administrative organizations, and leveraging social, cultural, and religious capital to enhance community acceptance of individuals with psychiatric disorders.

The findings suggest that subdistrict health-promoting hospitals should collaborate with village health volunteers and local administrative organizations to develop a subdistrict-level continuity-of-care system for psychiatric patients. The roles and responsibilities of each agency should be clearly defined, and standardized guidelines should be established for symptom monitoring, home visits, and interagency communication to ensure continuity of care and reduce relapse.

**Keywords:** Community mental health care, Network collaboration, Continuity of care, Qualitative research

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นความท้าทายสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีประชากรประมาณ 1 ใน 8 ของโลกที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผลผลิตทางเศรษฐกิจ และภาระของระบบบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ความผิดปกติทางจิตยังเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะจากความพิการ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (World Health Organization, 2022) แม้หลายประเทศจะพยายามพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต แต่ยังคงพบว่ามีประมาณร้อยละ 70–85 ของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในประเทศรายได้ต่ำและปานกลางไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งสะท้อนช่องว่างการเข้าถึงบริการที่ยังคงอยู่ในระดับสูง (Patel et al., 2018; World Health Organization, 2021a) นอกจากนี้ การขาดความต่อเนื่องของการดูแลยังสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและการเข้ารับการรักษาซ้ำ ส่งผลต่อภาระของระบบสุขภาพโดยรวม (World Health Organization, 2022)

ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังเผชิญข้อจำกัดหลายประการ เช่น การตีตราทางสังคม การขาดแคลนบุคลากร และการกระจายทรัพยากรบริการที่ไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท (Van et al., 2021; Andary et al., 2023) และเครือข่ายชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง การลดอคติ และการเชื่อมโยงผู้ป่วยกับระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทที่ทรัพยากรด้านสุขภาพจิตมีจำกัด (Andary et al., 2023) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ในปี พ.ศ. 2565–2568 แสดงให้เห็นแนวโน้มจำนวนผู้เข้ารับบริการด้านจิตเวชที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 3.53 ล้านคน เป็น 4.48 ล้านคน โดยกลุ่มโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคจิตจากการใช้สารเสพติด โรคจิตเภท และโรคซึมเศร้า (Health Data Center, 2025) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนภาระที่เพิ่มขึ้นของระบบบริการสุขภาพจิต และการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ยังมีข้อจำกัด ทั้งในด้านความชัดเจนของบทบาท การประสานงาน และความต่อเนื่องของการดูแล ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบสุขภาพโดยรวมในระดับเขตสุขภาพและอำเภอ (Department of Mental Health, 2023)

จังหวัดร้อยเอ็ดมีแนวโน้มจำนวนผู้เข้ารับบริการด้านจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับภาพรวมของประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2565–2568 มีจำนวนผู้ป่วยในด้านจิตเวชเพิ่มจาก 170,963 คน เป็น 245,619 คน ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามกลุ่มโรค พบว่า 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคจิตจากการใช้สารเสพติด โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคสมองเสื่อม และโรคออทิซึม (Health Data Center, 2025) แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งในระดับพื้นที่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและการใช้ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ (Wannasewok et al., 2022) เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการ โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามารถช่วยเพิ่มความรู้ของผู้ดูแล ลดพฤติกรรมเสี่ยง และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ (Walaisri, 2023) อย่างไรก็ตาม ยังขาดข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับบทบาท ปัญหา และข้อเสนอของภาคีเครือข่ายในระดับตำบล ซึ่งเป็นระดับปฏิบัติการสำคัญของระบบสุขภาพจิต ทั้งนี้ บริบทของตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีลักษณะเฉพาะด้านโครงสร้าง

ชุมชน ทุนทางสังคม และการมีสถาบันการศึกษาที่สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นทั้งโอกาสและความท้าทายในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยงานวิจัยด้านโครงสร้างพื้นฐานสุขภาพจิตในประเทศไทยชี้ให้เห็นว่า การแปลงนโยบายระดับชาติสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายชุมชนและทรัพยากรท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ (Wannasewok et al., 2022) ขณะเดียวกันงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยและต่างประเทศมักมุ่งศึกษามุมมองของผู้ป่วยหรือบุคลากรสุขภาพเป็นหลัก ขณะที่ข้อมูลเชิงลึกจากภาคีเครือข่ายระดับชุมชนยังมีจำกัด ทั้งที่กลุ่มดังกล่าวมีบทบาทสำคัญต่อความต่อเนื่องของการดูแลและคุณภาพของระบบสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ ปรากฏการณ์ดังกล่าวจึงควรถูกมองในมิติของระบบบริการสุขภาพที่ต้องอาศัยความร่วมมือแบบพหุภาคีระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ภาคีเครือข่าย และชุมชน เพื่อพัฒนากลไกการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่อย่างยั่งยืน

การศึกษานี้ มุ่งสำรวจเสียงสะท้อนของภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมุ่งพัฒนาแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และเสริมสร้างความต่อเนื่องของการดูแลในระดับตำบลอย่างยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเสียงสะท้อนของภาคีเครือข่ายต่อปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและแนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนในชุมชน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเสียงสะท้อนของภาคีเครือข่ายต่อปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและแนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนในชุมชนนี้ อยู่ภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพจิตโดยยึดชุมชนเป็นฐาน (community-based mental health care) (World Health Organization, 2021a) ร่วมกับแนวคิดระบบสนับสนุนเชิงบูรณาการ (integrated support system) เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยมองว่า ผลลัพธ์ของการดูแลไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบริบทชุมชน ศักยภาพของภาคีเครือข่าย และกลไกการจัดระบบการดูแลต่อเนื่องใน 3 มิติ ได้แก่ บริบทชุมชนและทุนทางสังคม ศักยภาพและบทบาทของภาคีเครือข่าย และกลไกของระบบสนับสนุน (Wannasewok et al., 2022)

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) ดำเนินการในเดือนมีนาคม 2568 รายละเอียด ดังนี้

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** คือ ภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลเกาะแก้ว อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ

โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานเทศบาล ตำรวจ และเจ้าหน้าที่ปกครอง ในพื้นที่ตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 24 คน คัดเลือกด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการดูแล ให้ความช่วยเหลือ หรือทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อย่างน้อย 1 ปี 3) อาศัยหรือปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ตำบลเกาะแก้วในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา 4) สามารถในการสื่อสารภาษาไทย และเข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้ตลอดกระบวนการ และ 5) ยินยอมให้ข้อมูลโดยการลงนามแบบเป็นลายลักษณ์อักษร และมีเกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้ 1) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด 2) ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือข้อจำกัดที่อาจส่งผลต่อการสื่อสารหรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และ 3) ถอนตัวระหว่างกระบวนการสนทนากลุ่ม

จำแนกผู้ให้ข้อมูลหลักออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 8 คน แต่ละกลุ่มประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานเทศบาล ตำรวจ และเจ้าหน้าที่ปกครอง ในพื้นที่ตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

### เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งมีโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นครอบคลุมประเด็น ดังนี้ 1) บริบทชุมชนและทุนทางสังคม ตัวอย่างข้อคำถาม “จากประสบการณ์ของท่าน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลเกาะแก้วในปัจจุบันมีขั้นตอนหรือรูปแบบการดูแลเป็นอย่างไร” 2) ศักยภาพและบทบาทของภาคีเครือข่าย ตัวอย่างคำถาม “ในชุมชนของท่าน ภาคีเครือข่ายแต่ละกลุ่ม เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างไรบ้าง” 3) กลไกของระบบสนับสนุน ตัวอย่างคำถาม “ในชุมชนของท่าน มีระบบหรือขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างไร ตั้งแต่ก่อนและหลังกลับจากโรงพยาบาล”

2. แบบบันทึกภาคสนาม (field note) เพื่อบันทึกบริบท บรรยากาศ ปฏิสัมพันธ์ และประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการสัมภาษณ์ รวมทั้งใช้ เครื่องบันทึกเสียง เพื่อเก็บข้อมูลอย่างครบถ้วนและถูกต้อง โดยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลก่อนการบันทึกทุกครั้ง

3. ผู้วิจัย ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บข้อมูล (researcher as instrument) โดยมีประสบการณ์ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและการวิจัยในชุมชน รวมทั้ง ผ่านการอบรมและมีทักษะในการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งช่วยให้สามารถสร้างความไว้วางใจ กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลถ่ายทอดประสบการณ์ได้อย่างเป็นธรรมชาติ และลดอคติในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้างนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) รายข้ออยู่ในช่วง 0.67–1.00 แล้วนำคำถามการสัมภาษณ์ไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 8 คน ในพื้นที่ตำบลอื่น ซึ่งอยู่ในอำเภอ

เสถียร จันทิมาธร เพื่อตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา และลำดับคำถาม ก่อนนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมืออีกครั้ง เพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทการวิจัยมากยิ่งขึ้น ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมการก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้ง ขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและการบันทึกเสียงการสนทนา
2. การเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 8 คน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มุมมอง และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยใช้ระยะเวลากลุ่มละ 90–120 นาที พร้อมทั้งบันทึกเสียงร่วมกับการบันทึกภาคสนาม เพื่อเก็บข้อมูลทั้งเนื้อหาบรรยากาศ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วม การดำเนินการจนถึงความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) การเก็บข้อมูลดำเนินไปจนถึงจุดอิ่มตัว โดยพิจารณาจากการที่ข้อมูลมีความซ้ำซ้อนและไม่พบประเด็นใหม่ที่มีนัยสำคัญต่อการวิเคราะห์ จึงยุติการเก็บข้อมูล
3. การจัดการอคติจากพลวัตของกลุ่ม เนื่องจากการสนทนากลุ่มประกอบด้วยผู้เข้าร่วมจากหลากหลายบทบาท ซึ่งอาจส่งผลต่อความกล้าในการแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมบางราย ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคการดำเนินการสนทนาแบบมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมทุกคนแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียม และสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนอย่างอิสระ เนื่องจากประเด็นการสนทนาเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งอาจก่อให้เกิดความไม่สบายใจทางอารมณ์ ผู้วิจัยจึงกำหนดแนวทางรองรับ โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสามารถหยุดพัก ชะลอ หรือยุติการสนทนาได้ทุกเมื่อ รวมทั้งสามารถเลือกไม่ตอบคำถามในประเด็นที่ก่อให้เกิดความกังวลได้ หากพบว่าผู้เข้าร่วมมีความเครียดหรือความไม่สบายใจอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจะแนะนำช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน หรือสายด่วนสุขภาพจิต นอกจากนี้ ได้จัดสถานที่สนทนาให้มีความเป็นส่วนตัว และปลอดภัย พร้อมทั้งติดตามประเมินสภาพอารมณ์ของผู้เข้าร่วมภายหลังการสนทนา เพื่อให้มั่นใจว่าผู้เข้าร่วมมีความพร้อมก่อนสิ้นสุดการเก็บข้อมูล
4. การถอดเทปและทบทวนข้อมูล ภายหลังการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยถอดเทปการสนทนาแบบคำต่อคำ และทบทวนข้อมูลร่วมกับบันทึกภาคสนามอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์และวางแผนการเก็บข้อมูลในครั้งถัดไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกันอย่างต่อเนื่อง (Creswell & Poth, 2018) โดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาร (thematic analysis) (Braun & Clarke, 2006) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ภายหลังการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกเสียงการสนทนาอย่างละเอียด และตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลกับบันทึกภาคสนาม จากนั้นอ่านทบทวนเนื้อหาจากบทสนทนาทั้งหมดซ้ำหลายรอบ เพื่อทำความเข้าใจบริบทและความหมายของข้อมูลอย่างรอบด้าน ในกระบวนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยทำการสรุปใจความ

สำคัญ จัดระเบียบข้อมูล และกำหนดรหัส (coding) จากถ้อยคำและประเด็นที่สะท้อนมุมมอง ประสบการณ์ และความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ก่อนนำรหัสที่มีความหมายใกล้เคียงกันมาจัดกลุ่มและสังเคราะห์เป็น ประเด็นแก่นสารหรือข้อค้นพบหลัก (themes) และประเด็นย่อย (subthemes) โดยให้ความสำคัญกับการ คงไว้ซึ่งความหมายตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด

ตรวจสอบความน่าเชื่อถือผลการวิจัย (Nowell et al., 2017) ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือ ของข้อมูล (credibility) โดยการอ่านทบทวนข้อมูลซ้ำหลายครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ และใช้ ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลักฐานสนับสนุนประเด็นข้อค้นพบ 2) ความสอดคล้องของการวิเคราะห์ (dependability) โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนเดียวกันอย่างต่อเนื่อง และบันทึกกระบวนการ วิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นลำดับ 3) ความสามารถในการตรวจสอบย้อนกลับ (confirmability) โดยเชื่อมโยง ข้อค้นพบกับข้อมูลดิบอย่างชัดเจน และหลีกเลี่ยงการตีความบนสมมติฐานส่วนตัวของผู้วิจัย 4) ความสามารถในการถ่ายทอดผลการวิจัย (transferability) โดยนำเสนอรายละเอียดของบริบทการวิจัย ลักษณะผู้ให้ข้อมูล และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาความเหมาะสมใน การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ เรื่อง การพัฒนาชุดกิจกรรมและนวัตกรรมการดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด (เลขที่ 002/2568 ลงวันที่ 13 มกราคม 2568) ภายหลังได้รับการรับรอง ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ และขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บรักษาเป็น ความลับ ไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล นำเสนอในภาพรวม และทำลายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

### ผลการวิจัย

1. ภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลเกาะแก้ว อำเภอสลภูมิ จังหวัด ร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 40 ปีขึ้นไป 16 คน (ร้อยละ 66.67) ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 7 คน (ร้อยละ 29.17) รองลงมาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา จำนวน 5 คน (ร้อยละ 20.83) เท่ากัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 6 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน (ร้อยละ 83.33) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก (n = 24 คน)

| รายการ                                         | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|------------------------------------------------|------------|--------|
| <b>เพศ</b>                                     |            |        |
| ชาย                                            | 5          | 20.83  |
| หญิง                                           | 19         | 79.17  |
| <b>อายุ (ปี)</b>                               |            |        |
| 18-39 ปี                                       | 8          | 33.33  |
| 40 ปีขึ้นไป                                    | 16         | 66.67  |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                           |            |        |
| ประถมศึกษา                                     | 5          | 20.83  |
| มัธยมศึกษาตอนต้น                               | 5          | 20.83  |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.                         | 4          | 16.67  |
| อนุปริญญา/ ปวส.                                | 3          | 12.50  |
| ปริญญาตรีขึ้นไป                                | 7          | 29.17  |
| <b>บทบาทของภาคีเครือข่าย</b>                   |            |        |
| ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวช                    | 6          | 25.00  |
| อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)         | 6          | 25.00  |
| ผู้นำชุมชน                                     | 3          | 12.50  |
| พยาบาลวิชาชีพ                                  | 3          | 12.50  |
| เจ้าหน้าที่สำนักงานเทศบาล                      | 3          | 12.50  |
| ตำรวจ                                          | 3          | 12.50  |
| <b>ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ปี)</b> |            |        |
| 1-2 ปี                                         | 1          | 4.17   |
| 3-5 ปี                                         | 3          | 12.50  |
| 6 ปีขึ้นไป                                     | 20         | 83.33  |

2. เสี่ยงสะท้อนของภาคีเครือข่ายต่อปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและแนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนในชุมชน ผลการวิเคราะห์แก่นสารปรากฏ 2 ประเด็นหลัก (themes) และ 10 ประเด็นย่อย (subthemes) ได้แก่ ข้อจำกัดเชิงระบบของการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย และข้อเสนอเชิงกลไกในการพัฒนาระบบสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ดังตาราง 2

ตาราง 2 เสียงสะท้อนของภาคีเครือข่ายต่อปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

| ประเด็นหลัก<br>(Theme)                     | ประเด็นย่อย<br>(Subtheme)                                                       | ความหมายเชิงการตีความ                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ข้อจำกัดเชิงระบบใน<br>การดูแลผู้ป่วยจิตเวช | การขาดการยอมรับและการสนับสนุน<br>จากครอบครัว                                    | ครอบครัวยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชและ<br>มีภาระในการดูแล ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง<br>และเป็นจุดเริ่มต้นของการกำเริบของอาการใน<br>ชุมชน                      |
|                                            | การตีตราและความหวาดกลัวของ<br>ชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวช                             | อคติทางสังคมที่ยังคงฝังลึกในชุมชน ซึ่งส่งผลให้<br>ผู้ป่วยถูกกีดกันจากการมีส่วนร่วมในสังคม และลด<br>โอกาสในการเข้าถึงการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม                                  |
|                                            | ขาดความรู้และความมั่นใจของผู้นำ<br>ชุมชนและอาสาสมัคร                            | ช่องว่างด้านศักยภาพของภาคีเครือข่าย ซึ่งทำให้ไม่<br>สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วย<br>ได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ                                       |
|                                            | ความไม่ชัดเจนของบทบาทและ<br>ช่องทางการประสานงานระหว่าง<br>หน่วยงาน              | การขาดกลไกเชิงระบบในการกำหนดบทบาทหน้าที่<br>และการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้การดูแล<br>ผู้ป่วยเกิดความล่าช้า ไม่ต่อเนื่อง และขาดความ<br>รับผิดชอบที่ชัดเจน               |
|                                            | ขาดระบบดูแลต่อเนื่องหลังผู้ป่วยกลับ<br>สู่ชุมชน                                 | ช่องว่างของระบบบริการสุขภาพระหว่าง<br>โรงพยาบาลและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตาม<br>ดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็น<br>ซ้ำของอาการ                           |
| แนวทางการพัฒนาระบบ<br>สนับสนุน             | การมีผู้เชี่ยวชาญและการพัฒนา<br>ศักยภาพภาคีเครือข่าย                            | ความจำเป็นในการเสริมสร้างศักยภาพของภาคี<br>เครือข่ายผ่านการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเพิ่ม<br>ความรู้ ความมั่นใจ และมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย<br>จิตเวชในชุมชน               |
|                                            | การมีระบบดูแลต่อเนื่องและ<br>ทรัพยากรสนับสนุนอย่างเป็นทางการ                    | ความจำเป็นในการพัฒนากลไกเชิงโครงสร้าง เช่น<br>ระบบติดตามผู้ป่วย แนวปฏิบัติร่วม และ<br>งบประมาณสนับสนุน เพื่อให้การดูแลมีความ<br>ต่อเนื่องและไม่ตกเป็นภาระของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง |
|                                            | การออกแบบระบบที่สอดคล้องกับวิถี<br>ชีวิตและทุนทางสังคมของชุมชน                  | ระบบดูแลควรพัฒนาบนฐานของบริบทชุมชน โดย<br>ใช้ความสัมพันธ์ทางสังคมและวิถีชีวิตของชุมชนเป็น<br>ทุนในการสร้างความเข้มแข็งของระบบ                                                 |
|                                            | การประยุกต์ศาสนาและประเพณี<br>ชุมชน เป็นกลไกลดการตีตราและ<br>สร้างการมีส่วนร่วม | บทบาทของทุนทางวัฒนธรรมในการลดอคติทาง<br>สังคม และเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความ<br>เข้าใจ ความเมตตา และการยอมรับผู้ป่วยในชุมชน                                             |

## ตาราง 2 (ต่อ)

| ประเด็นหลัก<br>(Theme) | ประเด็นย่อย<br>(Subtheme)                                                            | ความหมายเชิงการตีความ                                                                                                                                                                    |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | การบูรณาการสถาบันการศึกษาและ<br>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในเชิง<br>ระบบและนโยบาย | ความจำเป็นของการสร้างกลไกความร่วมมือเชิง<br>โครงสร้างและเชิงนโยบาย โดยใช้ศักยภาพของ<br>สถาบันการศึกษาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น<br>ในการขับเคลื่อนระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่าง<br>ยั่งยืน |

2.1 ข้อจำกัดเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ภาควิเคราะห์สะท้อนปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้เกิดจากตัวผู้ป่วยเพียงลำพัง แต่เชื่อมโยงกับพลวัตของครอบครัว การรับรู้ของชุมชน และโครงสร้างการทำงานของภาควิเคราะห์ ได้แก่ การขาดการยอมรับและการสนับสนุนจากครอบครัว การตีตราและความหวาดกลัวของชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวช ขาดความรู้และความมั่นใจของผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร ความไม่ชัดเจนของบทบาทและช่องทางการประสานงานระหว่างหน่วยงาน และขาดระบบดูแลต่อเนื่องหลังผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ดังนี้

#### 2.1.1 การขาดการยอมรับและการสนับสนุนจากครอบครัว ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ครอบครัวไม่เข้าใจผู้ป่วย คิดว่าเป็นภาระ ดุว่าเขา ทำให้เขาไม่อยากกินยาและไม่มาตามนัด ไม่กินยา อาการก็เลยกำเริบ หลอน ก้าวร้าว ตาขวางๆจะทำร้ายคนอื่น ...เวลาเราไปเยี่ยมบ้าน เขามักจะหลบ ไม่อยากคุย ไม่เปิดใจ” อสม.เพศหญิง

“ญาติบางคนกลัวคำครหาจากชาวบ้านว่าลูกหลานตัวเองป่วยเป็นบ้า ก็เลยไม่กล้าที่จะพาไปหาหมอ เวลาออกเยี่ยม ก็มักจะบอกว่าเขาไม่อยู่ เขาหายดีแล้ว .....ค่อนข้างยากถ้าจะให้เราไปติดตามดูแล” อสม.เพศหญิง

#### 2.1.2 การตีตราและความหวาดกลัวของชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวช ดังข้อมูลต่อไปนี้

“เอาจริงๆ เราก็กลัว ชาวบ้านก็กลัว ไม่รู้ว่าผู้ป่วยจะหลอนหรือทำร้ายใครตอนไหน เลยมองว่าเป็นภัยสังคม ไม่อยากเข้ามามีส่วนร่วมดูแล เพราะกลัวว่าจะเกิดปัญหา” ผู้นำชุมชน เพศหญิง

“พอรู้ว่าใครเป็นผู้ป่วยจิตเวช คนในชุมชนก็มักจะหลีกเลี่ยง ไม่ค่อยอยากเข้าไปช่วยดูแล เพราะกลัวว่าจะเกิดปัญหา... แต่เราเดินผ่านบางคนก็ไม่พูดไม่ถามรีบหลีกเลี่ยง ตั้งแต่รู้ว่าลูกเราเป็นคนไข้จิตเวช” ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพศชาย

#### 2.1.3 ขาดความรู้และความมั่นใจของผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร ดังข้อมูลต่อไปนี้

“อยากช่วย แต่ไม่รู้จะช่วยยังไง ไม่มีความรู้ ไม่มีอะไรชัดเจน กลัวว่าถ้าเกิดอะไรขึ้น จะมีใครรับผิดชอบไหม” ผู้นำชุมชน เพศชาย

“ครั้งที่แล้วช่วยบ้านนั้น ..ก็โดนต่อว่าคล้ายกลับว่าเราไม่มีความรู้แล้วไปช่วยเขา ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจ..จึงเลือกถอยออกมา” อสม.เพศชาย

“ความรู้เรื่องจิตเวชของชาวบ้านยังน้อย บางคนมองว่าเป็นเรื่องกรรมหรือเลี้ยงดูไม่ดีมากกว่าจะเป็นโรคที่ต้องรักษา....คนบ้า ควรอยู่แต่ในโรงพยาบาล เอาไปขังไว้นานๆ ไม่ควรที่จะให้มาอยู่ในหมู่บ้าน” พยาบาล เพศหญิง

#### 2.1.4 ความไม่ชัดเจนของบทบาทและช่องทางการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ดังข้อมูลต่อไปนี้

“เวลาเกิดเหตุจะบอกใครก่อนดี... บอก อสม. เขาก็บอกให้แจ้งผู้ใหญ่บ้าน  
ผู้ใหญ่บ้านก็บอกให้โทรแจ้งตำรวจ ตำรวจก็บอกว่าเป็นคนไข้ให้โทรแจ้งหมอ ... โยนกันไปโยนกันมา ล่าสุดจนเขาได้ทำ  
ร้ายแม่แก่ ๆ บาดเจ็บเกือบตาย” ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพศหญิง

“บางครั้งได้รับข้อมูลไม่ตรงกัน..ทำให้แต่ละฝ่ายเข้าใจบทบาทไม่เหมือนกัน....ส่วน  
ใหญ่อาศัยความสัมพันธ์ส่วนบุคคลช่วย ๆ กันไป แต่ก็ยังคิดว่ามันไม่ใช่.....” อสม.เพศชาย

#### 2.1.5 ขาดระบบดูแลต่อเนื่องหลังผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ผู้ป่วยกลับมาเฉยๆ ไม่มีแผน ไม่มีใครเป็นหลักจะให้แต่ ชาวบ้านกลัว ผู้นำก็เหนื่อย  
เป็นภาระ เสียทั้งเงินทั้งเวลา” ผู้นำชุมชน เพศชาย

“ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้ผู้นำชุมชน อสม. รู้สึกว่าไม่มีหลักยึดในการ  
ดูแล ถ้าไม่มีอากรรณแรง หน่วยงานก็ไม่ค่อยได้เข้าไปติดตาม ต่างก็มีภาระหน้าที่รับผิดชอบล้นมือ จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการ  
กำเริบอีกครั้ง” พยาบาล เพศหญิง

### 2.2 แนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ภาคีเครือข่ายได้เสนอการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนให้มีประสิทธิภาพและมีความ  
ต่อเนื่องนั้น จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเพื่อให้  
คำปรึกษาและเสริมสร้างศักยภาพของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ควบคู่กับการจัดให้มีระบบการดูแลต่อเนื่องและ  
ทรัพยากรสนับสนุนอย่างเป็นทางการ เพื่อให้การดำเนินงานไม่ตกเป็นภาระของบุคคลหรือหน่วยงานใดเพียง  
ลำพัง นอกจากนี้ การออกแบบระบบการดูแลควรสอดคล้องกับวิถีชีวิตและทุนทางสังคมของชุมชน โดยใช้  
ศาสนาและประเพณีท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการลดการตีตรา เสริมสร้างความเข้าใจ และกระตุ้นการมี  
ส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างเหมาะสม อีกทั้งภาคีเครือข่ายยังเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการบูรณา  
การความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในเชิงระบบและเชิงนโยบาย เพื่อ  
สนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ดังนี้

#### 2.2.1 การมีผู้เชี่ยวชาญและการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ดังข้อมูลต่อไปนี้

“เรื่องปัญหาจิตเวชเป็นเรื่องที่เข้าใจยาก จำเป็นจะต้องมีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต  
ให้คำปรึกษาได้ตลอด และมีการอบรมเพิ่มทักษะให้ผู้นำ ให้เครือข่ายและคนในชุมชนเป็นระยะ จะช่วยเพิ่มความมั่นใจใน  
การดูแลผู้ป่วยจิตเวช” อสม.เพศหญิง

“ถ้ามีการถ่ายทอดความรู้และฝึกทักษะให้ภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องให้มีศักยภาพ  
จะช่วยให้ชุมชนพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น... ชุมชนก็จะมีทิศทางและมาตรฐานเดียวกัน” ผู้นำชุมชน เพศชาย

#### 2.2.2 การมีระบบดูแลต่อเนื่องและทรัพยากรสนับสนุนอย่างเป็นทางการ ดัง ข้อมูลต่อไปนี้

“ถ้ามีระบบดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจนตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลถึงชุมชน ผู้ป่วยจิตเวช  
จะไม่ขาดช่วง ไม่หลุดจากการรักษาเหมือนที่ผ่านมา” อสม. เพศหญิง

“เมื่อมีงบประมาณและกลไกการสนับสนุนที่ชัดเจน หน่วยงานในพื้นที่ก็จะกล้า  
รับผิดชอบและทำงานร่วมกันมากขึ้น” ผู้นำชุมชน เพศหญิง

“จำเป็นต้องมีแนวทางดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน มีคนรับผิดชอบ และมีงบประมาณสนับสนุน จากเทศบาลหรือรัฐบาล จะได้ไม่เป็นภาระของใครคนเดียว หรือหน่วยงานเดียว” พยาบาล เพศหญิง

2.2.3 การออกแบบระบบที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและทุนทางสังคมของชุมชน ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ถ้าจะพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก็ควรให้เข้ากับวิถีชีวิตคนอีสาน เป็นชุมชน เครือญาติ ช่วยเหลือกัน ไม่ใช่นำรูปแบบจากที่อื่นมาครอบ” เจ้าหน้าที่สำนักงานเทศบาล เพศหญิง

“ชุมชนบ้านเราแต่ละหมู่บ้านมีทุนทางสังคมของตัวเอง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้อง เชื่อมกับชีวิตประจำวันของชาวบ้าน และความสัมพันธ์ที่มีอยู่มาใช้ ระบบการดูแลจะยั่งยืนกว่า” ผู้นำชุมชน เพศหญิง

2.2.4 การประยุกต์ศาสนาและประเพณีชุมชน เป็นกลไกลดการตีตราและสร้าง การมีส่วนร่วม ดังข้อมูลต่อไปนี้

“เรามีวัด เราก็ควรใช้วัด พระ ผู้นำชุมชน อสม. เป็นคนกลาง ตามฮีต 12 คอง 14 จะช่วยลดการตีตรา ครอบครัวก็จะกล้าเปิดเผยและขอความช่วยเหลือ” ผู้นำชุมชน เพศหญิง

“ใช้ศาสนาและประเพณีที่ชุมชนศรัทธาเป็นสื่อกลางเปิดใจกันและกัน ให้ชาวบ้าน เข้าใจเรื่องความเมตตาและการให้อภัยช่วยดึงพวกเขา เข้ามาสร้าง มาตุ้มมาโฮมกัน (มารวมกัน) ..เพราะเขาไม่ใช่คนอื่นคน ไกลเขาเป็นลูกหลานบ้านเรา” ผู้นำชุมชน เพศชาย

“หลายครั้งเลยที่เห็นผู้ป่วยจิตเวช เขาเข้ามาช่วยงานในวัด ในงานบุญออกพรรษาที่ผ่าน มา เขาทำได้ดีมาก เหมือนไม่ใช่คนป่วย ถ้าเราให้โอกาสเขา เราก็จะได้เห็นศักยภาพของเขามากกว่าความเจ็บป่วย” อสม. เพศหญิง

2.2.5 การบูรณาการสถาบันการศึกษาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในเชิง ระบบและนโยบาย ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ตำบลเรามีคณะพยาบาล ถือว่าเป็นจุดแข็ง ก็เชิญเขามาเป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการให้ คำปรึกษา ฝึกทักษะให้ชุมชน” อสม. เพศหญิง

“หน่วยงานท้องถิ่นควรมียุทธศาสตร์ จัดระบบดูแลอย่างเป็นทางการ และมี แนวทางต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล” พยาบาล เพศหญิง

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจและทรัพยากร ส่วนสถาบันการศึกษาเมืองค้ ความรู้ หากบูรณาการกันอย่างจริงจัง และควรยกระดับเป็นกลไกเชิงนโยบาย ไม่ใช่เพียงโครงการระยะสั้นระบบดูแลใน ชุมชนจะเข้มแข็งขึ้นมาก” ตำรวจ เพศชาย

## การอภิปรายผล

1. ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผลการวิจัย พบว่า เป็นปัญหาเชิงระบบที่ ซับซ้อนและเชื่อมโยงกันหลายระดับ ทั้งระดับครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การขาดการ ยอมรับและการสนับสนุนจากครอบครัวสะท้อนว่าครอบครัวยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชและมีภาระใน การดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องในการรักษา ทั้งในด้านการรับประทานยา การมาตามนัด และการ ติดตามอาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thammaratsopon (2025) ที่พบว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อ การคงอยู่ในระบบการรักษา โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์ การดูแลการใช้ยา และการพาผู้ป่วยเข้ารับ บริการอย่างต่อเนื่องการตีตราและความหวาดกลัวของชุมชน และการตีตราและความหวาดกลัวของชุมชนต่อ ผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ชุมชนยังมีความหวาดกลัวและหลีกเลี่ยงผู้ป่วยจิตเวช จึงสะท้อนว่าอคติทางสังคมยังคงฝังลึก

อยู่ในบริบทชุมชน และเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมและการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Andary et al. (2023) และ Van et al. (2021) ที่พบว่าการตีตราไม่เพียงกระทบต่อทัศนคติของชุมชน แต่ยังส่งผลโดยตรงต่อโอกาสในการฟื้นฟู และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช

ประเด็นการขาดความรู้และความมั่นใจของภาคีเครือข่าย สะท้อนช่องว่างด้านศักยภาพของผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริงได้อย่างเหมาะสม และมักนำไปสู่การหลีกเลี่ยงหรือส่งต่อภาระให้หน่วยบริการเพียงฝ่ายเดียว สอดคล้องกับ Phiwruangnon and Tonggiun (2024) ที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายผ่านการอบรม การชักจูงสถานการณ์ และการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน เป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มความพร้อมในการจัดการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รวมทั้ง ความไม่ชัดเจนของบทบาทและการประสานงาน อธิบายได้ว่าการขาดกลไกเชิงระบบในการกำหนดหน้าที่และการสื่อสารระหว่างหน่วยงานในระดับตำบล โดยเฉพาะระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับ Department of Mental Health (2023) ที่ระบุว่า การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องมีการกำหนดบทบาทของแต่ละภาคส่วนอย่างชัดเจน จัดทำแนวปฏิบัติร่วม และสร้างช่องทางสื่อสารข้อมูลระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามและดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการขาดระบบดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย สะท้อนถึงช่องว่างสำคัญระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลกับการดูแลในชุมชน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความเปราะบางสูง ทั้งในด้านการปรับตัว การรับประทานยา และการเผชิญกับปัจจัยกระตุ้นในชีวิตประจำวัน หากไม่มีการติดตาม เยี่ยมบ้าน หรือประสานข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการในชุมชน ผู้ป่วยอาจหยุดยา ขาดนัด หรือกลับไปเผชิญปัจจัยเสี่ยงเดิม จนนำไปสู่การกำเริบและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิด ความต่อเนื่องของการดูแล (continuity of care) เป็นหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพจิต (World Health Organization, 2021) โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังหรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการติดตามในชุมชน ผ่านระบบส่งต่อ การเยี่ยมบ้าน การติดตามการใช้ยา และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในพื้นที่

2. แนวทางการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ภาคีเครือข่ายเสนอว่า การพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจำเป็นต้องดำเนินการในลักษณะ “ระบบสนับสนุนเชิงเครือข่าย” ที่บูรณาการการทำงานของครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมสามารถอภิปรายในแต่ละประเด็นได้ ได้แก่ การมีผู้เชี่ยวชาญและการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย อธิบายได้ว่า ภาคีเครือข่ายในชุมชนยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากโรคจิตเวชมีความซับซ้อนและอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงต้องการทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตให้คำปรึกษา และการอบรมเพิ่มทักษะอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการสังเกตอาการเตือน การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว และการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และข้อค้นพบนี้สะท้อนว่า การพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายไม่ควรเป็นเพียงการให้ความรู้ครั้งเดียว แต่ต้องมีการฝึกทักษะ ชักจูงสถานการณ์ และมีผู้เชี่ยวชาญเป็นพี่เลี้ยงในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Phiwruangnon and

Tonggiun (2024) ที่พบว่า ผู้นำชุมชนและ อสม. ยังขาดความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และความชัดเจนของบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือพฤติกรรมก้าวร้าว และการมีระบบดูแลต่อเนื่องและทรัพยากรสนับสนุนอย่างเป็นทางการ ซึ่งสะท้อนว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนยังขาดกลไกเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนขาดนัดหยุดยา หรือหลุดจากระบบหลังจำหน่าย เนื่องจากไม่มีผู้รับผิดชอบติดตามหรือแนวทางการประสานงานร่วมกันระหว่างสถานบริการ อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith et al. (2020) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการนัดหมายและระบบติดตามหลังจำหน่ายมีโอกาสเข้าสู่บริการต่อเนื่องภายใน 7 และ 30 วันสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีระบบดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยที่ขาดการติดตามหลังจำหน่ายมักมีความเสี่ยงต่อการหลุดจากการรักษาและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำมากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Seangpro (2025) ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชชุมชนจังหวัดสุรินทร์ พบว่า โปรแกรมติดตามต่อเนื่องที่ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน การติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดผ่านระบบสื่อสาร และการมีญาติหรืออาสาสมัครร่วมติดตามการใช้ยา สามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำและเพิ่มความร่วมมือในการรักษาได้อย่างชัดเจน สะท้อนว่า การมีระบบติดตามต่อเนื่อง ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และแนวปฏิบัติร่วมระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่หลุดจากระบบการรักษา

ผลการวิจัยพบว่า ควรมีการออกแบบระบบที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและทุนทางสังคมของชุมชน ซึ่งอธิบายได้ว่าการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่ควรใช้รูปแบบสำเร็จรูปจากภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่ควรอยู่บนวิถีชีวิต ความสัมพันธ์แบบเครือญาติ และทุนทางสังคมในชุมชน เพราะบริบทดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนในชุมชนเกิดความร่วมมือและยอมรับการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะในชุมชนอีสานที่มีความใกล้ชิดและช่วยเหลือกันในระดับครอบครัว เครือญาติ และเพื่อนบ้าน สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มองว่า ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นอยู่กับบริการทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการนำทรัพยากรและความสัมพันธ์ในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด (World Health Organization (2021a) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Wannasewok et al. (2022) ที่พบว่า การพัฒนาระบบสุขภาพจิตในระดับพื้นที่จะเกิดความยั่งยืนได้เมื่อเชื่อมโยงกับทุนทางสังคมและบริบทท้องถิ่น เช่น บทบาทของครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม. และเครือข่ายชุมชนที่มีอยู่เดิม เพราะจะช่วยให้ระบบดูแลสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของประชาชนและสามารถดำเนินต่อไปได้จริงในระยะยาว

การประยุกต์ศาสนาและประเพณีชุมชน เป็นกลไกลดการตีตราและสร้างการมีส่วนร่วมอธิบายได้ว่า ศาสนา วัด และประเพณีท้องถิ่นเป็นทุนทางวัฒนธรรมที่สำคัญของชุมชนอีสาน ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นพื้นที่กลางในการสร้างความเข้าใจ ลดความกลัว และเปิดโอกาสให้ครอบครัวและชุมชนยอมรับผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น โดยเฉพาะการอาศัยบทบาทของพระ ผู้นำชุมชน และ อสม. ในการสื่อสารผ่านคุณค่าทางศาสนา เช่น ความเมตตา การให้อภัย และการอยู่ร่วมกันตามวิถี “ฮีต 12 คอง 14” จะช่วยลดการตีตราและทำให้ครอบครัวกล้าเปิดเผยปัญหาและขอความช่วยเหลือมากขึ้น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาและประเพณี เช่น งานบุญ งานวัด หรือกิจกรรมของชุมชน ยังช่วยให้ชุมชนมองเห็นศักยภาพของผู้ป่วยมากกว่าความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าตนเองยังเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและมีคุณค่า สอดคล้องกับ

แนวความคิดดูแลสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งให้ความสำคัญกับการใช้ทุนทางวัฒนธรรมและความสัมพันธ์ในชุมชนเป็นกลไกในการฟื้นฟูและสร้างการมีส่วนร่วม (World Health Organization, 2021b) สอดคล้องกับ Andary et al. (2023) ที่พบว่า การใช้ผู้นำทางศาสนาและกิจกรรมชุมชนเป็นสื่อกลางสามารถช่วยลดอคติและเพิ่มการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการบูรณาการสถาบันการศึกษาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในเชิงระบบและนโยบาย อธิบายได้ว่า การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจำเป็นต้องอาศัยทั้งองค์ความรู้และทรัพยากรในพื้นที่ โดยสถาบันการศึกษาสามารถเป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการ ถ่ายทอดความรู้และพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการกำหนดนโยบาย จัดสรรงบประมาณ และวางระบบดูแลอย่างเป็นทางการ โดยเฉพาะการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย สอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพจิตแบบบูรณาการของ World Health Organization (2023) และการเชื่อมโยงองค์ความรู้จากสถาบันการศึกษากับอำนาจและทรัพยากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ช่วยให้การพัฒนาระบบสุขภาพจิตในชุมชนเกิดขึ้นได้จริงและมีความยั่งยืน (Wannasewok et al., 2022)

### ข้อจำกัดของการวิจัย

ข้อมูลจากภาคีเครือข่ายอาจได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์และบทบาทเฉพาะของผู้ให้ข้อมูล และการสนทนากลุ่มอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่กล้าแสดงความคิดเห็นอย่างตรงไปตรงมา โดยเฉพาะเมื่อมีผู้เข้าร่วมที่มีบทบาททางสังคมหรือมีอำนาจในชุมชน ซึ่งอาจนำไปสู่การครอบงำการสนทนาได้ รวมทั้ง ผู้วิจัยเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่อาจมีอิทธิพลต่อการตอบคำถามในบางประเด็น แม้ว่าจะพยายามลดอคติโดยการสร้างบรรยากาศที่เป็นกลาง เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ และใช้การสัมภาษณ์รายบุคคลเพิ่มเติม เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดทำระบบดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยกำหนดผู้รับผิดชอบและแนวปฏิบัติร่วมในการติดตามอาการ เยี่ยมบ้าน และประสานข้อมูลกับโรงพยาบาล อสม. และครอบครัว โดยมีสถาบันการศึกษาในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการ ถ่ายทอดความรู้ และร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการเฝ้าระวังอาการเตือน ติดตามการใช้ยา และประสานการช่วยเหลือ โดยได้รับการอบรมและฝึกทักษะจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณและกลไกการดูแลอย่างเป็นทางการ เช่น งบเยี่ยมบ้าน ระบบสื่อสารระหว่างหน่วยงาน และกิจกรรมฟื้นฟูในชุมชนโดยภาคีเครือข่ายโดยใช้วัด พระ งานบุญ และประเพณี “ฮีต 12 คอง 14” เป็นกลไกลดการตีตรา และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในชุมชน

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) หรือการวิจัยและพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยทุนทางสังคม สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรม และทรัพยากรในพื้นที่ รวมทั้ง การติดตามผลระยะยาวในด้านคุณภาพชีวิต การกลับเป็นซ้ำ และความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในชุมชน

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ที่ให้ทุนสนับสนุนทุนวิจัย Fundamental Fund (FF) ปีงบประมาณ 2568 ภายใต้โครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาชุดกิจกรรมและนวัตกรรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เลขที่ 4775520 ขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องและผู้ให้ข้อหลักที่ทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

## รายการอ้างอิง

- Andary, S., Bassani, J., Burrell, G., Cole, E., Evans, R., Redman, E., & Kumar, S. (2023). Barriers and enablers to access and utilization of mental health care services across Southeast Asia: A preliminary scoping review. *Asia-Pacific Psychiatry*, 15(4), e12549. <https://doi.org/10.1111/appy.12549>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4<sup>th</sup> ed.). Sage.
- Department of Mental Health. (2023). *Thailand mental health report 2023*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Health Data Center (HDC). (2025). *Number of outpatient psychiatric patients receiving services*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1609406917733847. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Collins, P. Y., Cooper, J., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., Prince, M.,.... & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

- Phiwruangnon, P., & Tongjun, S. (2024). Guidelines for emergency care of psychiatric patients at high risk of committing violence through participation of the multidisciplinary team and community network partners, Kudrang District, Mahasarakham Province. *Academic Journal of Nursing and Health Sciences*, 4(1), 185–198. (in Thai)
- Seangpro, H. (2025). Effectiveness of follow-up care programs for readmission among psychiatric patients in the community, Sangkha District, Surin Province: A quasi-experimental research. *Journal of The Department of Medical Services*, 50(3), 32-41. (in Thai)
- Smith, T. E., Haselden, M., Corbeil, T., Wall, M. M., Tang, F., Essock, S. M., Frimpong, E., Goldman, M. L., Mascayano, F., Radigan, M., Schneider, M., Wang, R., Dixon, L. B., & Olfson, M. (2020). Effect of scheduling a post-discharge outpatient mental health appointment on the likelihood of successful transition from hospital to community-based care. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(5), 20m13344. <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13344>
- Thammaratsopon, N. (2025). Developing a model for caring for psychiatric patients in communities at high risk of violence in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 5(2), 1–14. (in Thai)
- Van, N. H. N., Huyen, N., T. K., Hue, M. T., Luong, N. T., Thanh, P. Q., Duc, D. M., Mai V. H. T., & Hong, T. T. (2021). Perceived barriers to mental health services among the elderly in the rural of Vietnam: A cross sectional survey in 2019. *Health Services Insights*, 14, 11786329211026035. <https://doi.org/10.1177/117863292110260>
- Walaisri, K. (2023). Development of a care model for serious mental illness with high risk to violence in the community through the participation process of network partners, Selaphum District, Roi-et Province. *Journal of Environmental and Community Health*, 8(3), 909-917. (in Thai)
- Wannasewok, K., Suraaroonsamrit, B., Jeungsiragulwit, D., & Udomratn, P. (2022). Development of community mental health infrastructure in Thailand: From the past to the COVID-19 pandemic. *Consortium Psychiatricum*, 3(3), 98-109. <https://doi.org/10.17816/CP194>
- World Health Organization. (2021a). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization. (2021b). *Mental health atlas 2020*. World Health Organization. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1116>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>



## คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอเรียนเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการ เพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทั้งนี้ บทความวิจัย และบทความวิชาการ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ข้อความและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้น ๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หรือของวารสาร และขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน และแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

### การเตรียมต้นฉบับ

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โปรแกรม Microsoft Office Word for Windows 2013 หรือสูงกว่า ใช้แบบอักษร TH SarabunPSK พิมพ์ในกระดาษขนาด A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน – ล่าง 2.54 เซนติเมตร ด้านซ้าย 3.17 เซนติเมตร และด้านขวา 2.54 เซนติเมตร จำนวน 10-15 หน้า (รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงไม่เกิน 10 ปี ยกเว้น เอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎีต้นฉบับ (original paper) จำนวนไม่เกิน 20 รายการ ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งหมด กรณีใช้คำย่อต้องเป็นคำที่ใช้อย่างแพร่หลายและ/หรือตามสากลเท่านั้น (โดยระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ
2. ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 18 หนา ใ้หน้าแรกตรงกลาง หน้ากระดาษ
3. ชื่อ-สกุลผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษแยกบรรทัด ขนาดอักษร 14 หนา จัดชิดขวาของ หน้ากระดาษ และระบุลำดับผู้เขียนเป็นตัวเลขยก ท้ายชื่อ-สกุล
4. สถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษแยกบรรทัด ขนาดอักษร 12 หนา จัดชิดขวาของ หน้ากระดาษ
5. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำตอบทคัดย่อ
6. คำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
7. การเรียงหัวข้อในเนื้อหา หัวข้อใหญ่สุดพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดตัวอักษร 18 หนา หัวข้อย่อยย่อหน้าจากหัวข้อใหญ่ และห่างจากหัวข้อถัด ๆ ไป 3 – 5 ตัวอักษร (เคาะ 1 tab) ขนาดตัวอักษรปกติ
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
  - 8.1 บทคัดย่อภาษาไทย
  - 8.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
  - 8.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
  - 8.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
  - 8.5 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
  - 8.6 กรอบแนวคิดการวิจัย



8.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (รวมการตรวจสอบคุณภาพ) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

8.8 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

8.9 ผลการวิจัย

8.10 การอภิปรายผล

8.11 ข้อเสนอแนะ ประกอบไปด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

8.12 ข้อจำกัดของการวิจัย

8.13 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

8.14 เอกสารอ้างอิง

9. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

9.1 บทคัดย่อภาษาไทย

9.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

9.3 เนื้อหา

- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- บทสรุป

9.4 เอกสารอ้างอิง

10. ถ้ามีตารางหรือภาพประกอบ ให้แทรกในเนื้อหา หัวตาราง ใช้คำว่า “ตาราง/ ภาพ” ตามด้วยหมายเลขตารางหรือภาพ ตามลำดับ พร้อมทั้งระบุชื่อตารางหรือภาพ

## การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตาม APA-American Psychological Association ในรูปแบบที่วารสารกำหนด ดังนี้

### 1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) ใช้ระบบนาม-ปี

| รูปแบบ                 | หน้าข้อความ                                                                           | ท้ายข้อความ                                                                          |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| ผู้แต่ง<br>1 คน        | Surname (year)<br>Duangchan (2015)                                                    | (Surname, year)<br>(Duangchan, 2015)                                                 |
| ผู้แต่ง<br>2 คน        | Surname <sup>1</sup> and Surname <sup>2</sup> (year)<br>Duangchan and Sriyasak (2015) | (Surname <sup>1</sup> & Surname <sup>2</sup> , year)<br>(Duangchan & Sriyasak, 2015) |
| ผู้แต่ง<br>3 คน ขึ้นไป | Surname <sup>1</sup> et al. (year)<br>Duangchan et al. (2015)                         | (Surname <sup>1</sup> et al., year)<br>(Duangchan et al. (2015)                      |



| รูปแบบ                   | หน้าข้อความ                                                         | ท้ายข้อความ                                                           |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| อ้างอิง                  | Surname (year) and Surname (year)                                   | (Surname, year; Surname, year)                                        |
| มากกว่า 2 แหล่งข้อมูล    | Duangchan (2015) and Sriyasak (2016)                                | (Duangchan, 2015; Sriyasak, 2016)                                     |
| อ้างอิง                  | Surname <sup>1</sup> (year as cited in Surname <sup>2</sup> , year) | (Surname <sup>1</sup> , year as cited in Surname <sup>2</sup> , year) |
| แหล่งข้อมูล<br>ทุติยภูมิ | Duangchan (2015 as cited in Sriyasak, 2016)                         | (Duangchan, 2015 as cited in Sriyasak, 2016)                          |

## 2. การเขียนในรายการอ้างอิง (Reference)

2.1 อ้างอิงจากข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) จำนวนไม่เกิน 20 รายการ และไม่เกิน 10 ปี ยกเว้น เอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎีต้นฉบับ (original paper) การอ้างอิงจากเว็บไซต์จะต้องเป็นของหน่วยงานที่น่าเชื่อถือและสามารถเข้าถึงได้แบบเป็นปัจจุบัน

2.2 ใช้ภาษาอังกฤษทั้งหมด กรณีที่รายการอ้างอิงนั้นมีการเผยแพร่เนื้อหาเป็นภาษาไทย ให้ต่อท้ายรายการอ้างอิงนั้นด้วย (in Thai)

2.3 ใส่ผู้ซื้อสกุลผู้แต่ง ตามด้วยตัวอักษรตัวแรกของชื่อต้น หรือชื่อกลาง (ถ้ามี) กรณีมีจำนวน 1-20 คน ให้ใส่ทุกคน กรณีผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ลำดับที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย ,... & ลำดับสุดท้ายดังตัวอย่าง

Evans, L. M., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G.,... & Levy, M. M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Critical Care Medicine*, 49(11), 1063-1143. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005337>

2.4 เขียนอ้างอิงตามรูปแบบ ดังนี้

| แหล่งอ้างอิง  | รูปแบบ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| หนังสือทั่วไป | <p>Surname, A. A. (year). <i>Title of work</i> (..... ed.). Publisher.</p> <p>Patton, M. Q. (2015). <i>Qualitative research &amp; evaluation methods: Integrating theory and practice</i> (4<sup>th</sup> ed.). SAGE.</p> <p><b>กรณีผู้แต่งเป็นบรรณาธิการ</b></p> <p>McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., &amp; Ashwill, J. W. (Eds.). (2018). <i>Maternal-child nursing</i> (5<sup>th</sup> ed.). Elsevier.</p> <p><b>บทในหนังสือ</b></p> <p>Gray, J. R. (2021). Discovering the world of nursing. In R. G. Jennifer, &amp; K. G. Susan (Eds.), <i>Burns &amp; Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence</i> (9<sup>th</sup> ed., pp. 1-18). Elsevier.</p> <p><b>หมายเหตุ</b></p> <p>*ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (n.d.) **พิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุ ***ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ ให้ใส่ n.p.</p> |



| แหล่งอ้างอิง               | รูปแบบ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| บทความ<br>ในวารสาร         | <p><b>แบบรูปเล่ม/ อิเล็กทรอนิกส์ ที่ไม่มีเลข DOI</b><br/>ชื่อสกุล, อักษรตัวแรกของชื่อน. (ปี ค.ศ.). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.</p> <p>Chisuwan, C., Prasopkittikun, T., Sangperm, P., &amp; Payakkaraung, S. (2012). Predictive power of support from husbands, grandmothers, and nurses on duration of exclusive breastfeeding. <i>Journal of Nursing Science</i>, 30(1), 70-80. (in Thai)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                            | <p><b>วารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI</b><br/>ชื่อสกุล, อักษรตัวแรกของชื่อน. (ปี ค.ศ.). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. <a href="https://doi.org/เลข doi">https://doi.org/เลข doi</a></p> <p>Sankaran, D., Nakra, N., Cheema, R., Blumberg, D., &amp; Lakshminrusimha, S. (2021). Perinatal SARS-CoV-2 infection and neonatal COVID-19: A 2021 update. <i>NeoReviews</i>, 22(5), 284-295. <a href="https://doi.org/10.1542/neo.22-5-e1001">https://doi.org/10.1542/neo.22-5-e1001</a></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                            | <p><b>วารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหมายเลขบทความ (eLocators)</b><br/>ชื่อสกุล, อักษรตัวแรกของชื่อน. (ปี ค.ศ.). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขที่บทความ. URL</p> <p>Chaipatchareewan, T. &amp; Jaruchainiwat, P. (2021). Parents' strategies to establish healthy eating habits for preschoolers in Mahaveeranuwat School. <i>An Online Journal of Education</i>, 16(2), Article OJED-16-02-012. <a href="https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/248623/168548">https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/248623/168548</a> (in Thai)</p> <p>Pozzobon, D., Ferreira, P. H., Dario, A. B., Almeida, L., Vesentini, G., Harmer, A. R., &amp; Ferreira, M. L. (2019). Is there an association between diabetes and neck and back pain? A systematic review with meta-analyses. <i>PLOS ONE</i>, 14(2), Article e0212030. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212030">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212030</a></p> |
| วิทยานิพนธ์<br>ดุษฎีนิพนธ์ | <p><b>ไม่ได้ตีพิมพ์</b><br/>ชื่อสกุล, อักษรตัวแรกของชื่อน. (ปี ค.ศ.). ชื่อเรื่อง [Unpublished doctoral dissertation หรือ Unpublished master's thesis]. ชื่อมหาวิทยาลัย.</p> <p>Jung, M. S. (2014). <i>A structural equation model on core competence of nursing students</i> [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                            | <p><b>จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์</b><br/>McNiel, D. S. (2006). <i>Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother</i> (UMI No. 1434728) [Master's thesis, California State University-Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                            | <p><b>จากเว็บไซต์ที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์</b><br/>Nunthawong, J. (2017). <i>A development of Thai moral integrity scale for professional nurses</i> [Doctoral dissertation, Chulalongkorn University]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <a href="http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/59428">http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/59428</a> (in Thai)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |



| แหล่งอ้างอิง                               | รูปแบบ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| รายงาน                                     | จัดทำโดยบุคคล สังกัดหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น<br>ชื่อสกุล, อักษรตัวแรกของชื่อต้น. (ปี ค.ศ.). ชื่อเรื่อง. สำนักพิมพ์หรือหน่วยงาน. URL (ถ้ามี)<br>Chitnomrath, T. (2011). <i>A study of factors regarding firm characteristics that affect financing decisions of public companies listed on the stock exchange of Thailand</i> . Dhurakij Pundit University. (in Thai)                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                            | จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น<br>National Cancer Institute. (2019). <i>Taking time: Support for people with cancer</i> (NIH Publication No. 18-2059). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <a href="https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf">https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf</a>                                                                                                                                                                                                                            |
| รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี proceeding | ในรูปแบบรูปเล่มหนังสือ<br>ชื่อสกุล, อักษรตัวแรกของชื่อต้น. (ปี ค.ศ.). ชื่อบทความหรือชื่อเรื่องของบท. In ชื่อสกุลบรรณาธิการ (Ed. หรือ Eds.), ชื่อหัวข้อการประชุม (p. หรือ pp. เลขหน้า). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี)<br>Pang, W. I. (2017). Promoting integrity of shift report by applying ISBAR principle among nursing students in clinical placement. In E. Masal, I. Önder, S. Beşoluk, H. Çalışkan, & E. Demirhan (Eds.), <i>ERPA International Congresses on Education 2017 (ERPA 2017)</i> . SHS Web of Conferences. <a href="https://doi.org/10.1051/shsconf/20173701019">https://doi.org/10.1051/shsconf/20173701019</a> |
|                                            | ในรูปแบบวารสาร<br>Prasasti, A. K., & Widyatuti, W. (2021). The role of community nurses to prevent domestic violence during the Covid-19 pandemic. <i>Proceedings of the International Conference on Nursing and Health Sciences</i> , 2(1), 9-18. <a href="http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/PICNHS/article/view/431">http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/PICNHS/article/view/431</a>                                                                                                                                                                                                   |
| เว็บไซต์                                   | ชื่อ สกุล. (ปี, วัน เดือนที่เผยแพร่). ชื่อบทความ. ชื่อเว็บไซต์. URL<br>World Health Organization. (2020, January 31). <i>Adolescent pregnancy</i> . <a href="https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy">https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy</a><br>* กรณีไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่เฉพาะ ปี ค.ศ.<br>** กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกันให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก                                                                                                                                                                          |

## การส่งบทความ

ส่งทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/about/submissions> เท่านั้น และอาจแจ้งการส่งทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ [journal@pckpb.ac.th](mailto:journal@pckpb.ac.th) หรือโทรศัพท์ 0-32427049 ต่อ 115 มือถือ 097-2691246



**แบบฟอร์มนำส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์**  
**วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี**

1. ชื่อเรื่องภาษาไทย.....  
.....  
ภาษาอังกฤษ.....  
.....

ประเภทบทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ

2. เป็นบทความจากวิทยานิพนธ์/ ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3. ข้อมูลผู้นิพนธ์หลัก

ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....อีเมล: .....

(กรณีที่~~เป็น~~วิทยานิพนธ์) รหัสนิสิต.....สาขาวิชา.....

คณะ.....มหาวิทยาลัย.....

4. ตรวจสอบตามรายการต่อไปนี้

☐ ส่งบทความผ่านระบบ ThaiJo ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>

☐ แนบเอกสารการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (กรณีบทความวิจัย)

เลขที่เอกสาร.....ลงวันที่.....หน่วยงานที่รับรอง.....

☐ รายการเอกสารอ้างอิงครบถ้วนตามที่อ้างอิงในเนื้อหาและถูกต้องตามรูปแบบที่วารสารกำหนด

☐ บทความย่อภาษาอังกฤษ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา

5. ชื่อผู้นิพนธ์ร่วม

1. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน.....อีเมล: .....

2. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน.....อีเมล: .....

3. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน.....อีเมล: .....

4. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน.....อีเมล: .....

6. ให้จัดสรรผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวิจัย (reviewer) จากภายนอกสถาบันของผู้นิพนธ์หลัก ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ขอรับรองว่าบทความนี้ ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสาร หรืออยู่ระหว่างกระบวนการของวารสารใดๆ มาก่อน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้นิพนธ์หลัก/ ผู้นำส่ง

ขอรับรองว่าได้ทำการตรวจสอบเนื้อหา และรูปแบบการอ้างอิงที่ถูกต้องของบทความฉบับนี้ ก่อนที่จะส่งมาตีพิมพ์ในวารสาร (กรณีที่~~เป็น~~วิทยานิพนธ์)

ลงชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ใบชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

ประเภท ☐ บุคคล ชื่อ – นามสกุล.....  
☐ หน่วยงาน ชื่อ .....

เบอร์โทรศัพท์ ..... อีเมล .....

มีความประสงค์ชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ (ขอให้เลือกประเภท ดังต่อไปนี้)

- ☐ บทความวิชาการ Reviewer 2 ท่าน เป็นเงิน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)  
☐ บทความวิจัย ต้องการ Reviewer 2 ท่าน เป็นเงิน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)  
☐ บทความวิจัย ต้องการ Reviewer 3 ท่าน เป็นเงิน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ชื่อบทความ.....

\*\*\*ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินทุกกรณี\*\*\*

ชำระโดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาเพชรบุรี

ชื่อบัญชี “วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี”

เลขบัญชี 703-1-31765-7

ที่อยู่ (ที่ต้องการจัดส่งใบเสร็จรับเงิน)

ลงนาม .....

(.....)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ. ....

หมายเหตุ กรุณาส่ง 1) ใบนำส่งบทความ 2) ใบชำระค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ และ 3) หลักฐานการชำระเงิน

ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ (บรรณาธิการวารสาร)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนคีรีรัฐยา ตำบลธงชัย อำเภอเมือง

จังหวัดเพชรบุรี 76000 หรือส่งทางอีเมล journal@pckpb.ac.th



**\*\*\*กรณีโอนเงินผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ให้โอนในวันและเวลาราชการเท่านั้น  
ส่งหลักฐานทุกรายการทางแอปพลิเคชันไลน์ “วารสารวิทยาลัยพยาบาล  
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี” ก่อนเวลา 15.00 น. ของวันที่ทำการโอน\*\*\***

ติดต่อสอบถาม โทร 097-2691246 หรืออีเมล journal@pckpb.ac.th

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>



ศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (THAI JOURNAL CITATION INDEX: TCI)

กลุ่มที่ 1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ



วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
ที่อยู่ 203 หมู่ 2 ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี  
โทรศัพท์ 0 3242 7049 โทรสาร 0 3240 0573  
อีเมลล์ [journal@pckpb.ac.th](mailto:journal@pckpb.ac.th)  
เว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck>

