



วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

ISSN 2985-0150 (ONLINE)

ปีที่ 9 ฉบับ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569  
(Vol. 9 No.2 May – August 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 มีใช้ของกองบรรณาธิการ

### 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  
มีใช้ของกองบรรณาธิการ และมีใช้ความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

**ที่ปรึกษา**

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์กำแหง จาตุรจินดา  
ศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร  
ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวนิดา ชื่นกองแก้ว

**บรรณาธิการ**

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุไรรัตน์ ดวงจันทร์

**กองจัดการ**

อาจารย์ทิพย์วัลย์ มีทรัพย์  
นางโสภณัฐ 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  
รองศาสตราจารย์อดิญาณ์ ศรีเกษตรริน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา  
รองศาสตราจารย์มนพร ขาดิขานี  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต  
รองศาสตราจารย์อริญญา เชาวลิต  
สถาบันพระบรมราชชนก  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศุภกรใจ เจริญสุข  
สถาบันพระบรมราชชนก  
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ มีบุญมาก  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์รพีพรรณ นาคบุบผา  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์จันทร์จิรา สีสว่าง

## บทบรรณาธิการ

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

สำหรับปีที่ 9 ฉบับที่ 1 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569 นี้ มีบทความวิจัย (Research article) จำนวน 11 เรื่อง ซึ่งมีรูปแบบการวิจัยที่หลากหลาย ทั้งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) จำนวน 2 เรื่อง การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) จำนวน 6 เรื่อง การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) จำนวน 1 เรื่อง การวิจัยผสมผสาน (Mixed-method research) จำนวน 1 เรื่อง และการทบทวนขอบเขตงานวิจัย (Scoping review) จำนวน 1 เรื่อง และบทความวิชาการ (Academic article) จำนวน 1 เรื่อง

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

- การพัฒนาแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา อำเภอยาย  
จังหวัดแม่ฮ่องสอน 1
- Development of an Operational Model for Improving Quality of Life  
in Pong Sa Sub-District, Pai District, Mae Hong Son Province
- ฐิติวรดา อัครภานุวัฒน์, พรพรรณ มนัสจกุล\*
- Tithiworada Akkharaphanuwat, Pornpun Manasatchakun\*
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพโดยใช้เว็บแอปพลิเคชันในการประเมินความเสี่ยง  
ต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
(อสม.) โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง 18
- Effects of a Capacity-Building Program Using a Web-Based Application for Fall  
Risk Assessment among Community-Dwelling Older Adults by Village Health  
Volunteers, Hang Chat Hospital, Lampang Province
- ดุสิต ปิยวรกุล\*
- Dusit Piyaworakul\*
- ผลของโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์สำหรับพยาบาลหัวหน้าทีมต่อการ  
ทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลตติภูมิแห่งหนึ่ง 32
- Effects of the GROW Coaching Program Combined with an Electronic Manual  
for Nurse Team Leaders on Perceived Teamwork among Nurses in the Surgical  
Department of a Tertiary Hospital
- กานต์พิชชา ไชยชาติกิตติยศ, เนตรชนก ศรีทุมมา\*, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
- Kanpitcha Chaiyachartkittiyos, Netchanok Sritoomma\*, Phechnoy Singchangchai
- ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการ  
เข้าสู่ระยะสงบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 47
- Effects of an Intensive Health Behavior Modification Program on Health  
Behaviors and Diabetes Remission among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in  
the Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital Network
- จารุวรรณ สุวรรณประทีป\*
- Jaruwan Suwanpratheap\*

## สารบัญ (ต่อ)

## □ บทความวิจัย (ต่อ)

- การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุม  
โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี 64
- The Development of Health Promotion Program for Behavior Modification  
on Hypertension Control of the Elderly in Phetchaburi Province
- เสกสรรค์ ชานมณีรัตน์, ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช, คมสัน แก้วระยยะ\*
- Seksan Chanmaneerat, Preedanant Prasitvej, Komsan Kaewraya\*
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม ในผู้สูงอายุ  
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี 81
- Effect of a Health Belief Promotion Program on Behaviors for Delaying  
Diabetic Nephropathy among Older Adults with Type 2 Diabetes  
at Banlat District, Phetchaburi Province
- ชนาภา สมใจ, ภาศพร กลิ่นหอม\*, จินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์
- Chanapa Somjai, Pakaporn Klinhom\*, Jintipa Sirikulwiiwat
- ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแช็กส์ติง  
เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอพิชัย จังหวัดอุดรธานี 96
- Effects of a Sexual Health Literacy Development Program on Online Sexting  
Media Use to Prevent Sexual Risk Behaviors among Lower Secondary School  
Students in Phichai District, Uttaradit Province
- เกื้อกุล พรหมรักษา, นภาพิณ จันทขัมมา\*, พรเลิศ ชุ่มชัย
- Kueakool Promraksa, Napaphen Jantacumma\*, Pornlert Chumchai
- การประยุกต์ใช้แนวคิด สบช.โมเดลผ่านแอปพลิเคชันและสุขภาพดิจิทัลในการจัดการ  
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย: การทบทวนขอบเขตงานวิจัย 112
- Implementation of the PBRI Model via Mobile Applications and Digital Health  
for Non-Communicable Disease Management in Thailand: A Scoping Review
- ทิพวัลย์ พรหมณีน้อย, สถาพร แก้วจันทิก\*, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์,  
ธนาวุฒิ รวมสุก<sup>1</sup>, ศศธร ศรีคำ, รพีพรรณ จันท์เขียว
- Thippawan Pramnoi, Starporn Taeochanthuek\*, Churairat Duangchan,  
Thanawoot Ruamsook, Sasathorn Srikam, Rapeepan Chankieaw

## สารบัญ (ต่อ)

### □ บทความวิจัย (ต่อ)

- ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความรู้โรคมะเร็งเต้านม 127  
การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษา  
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง

The Effectiveness of Breast Self-Examination Promotion Program on Breast Cancer  
Knowledge, Self-Efficacy and Skills Toward Breast Self- Examination among Public  
Health Students at One Rajabhat University

ศศิธร ตันติเอกรัตน์, นัชชา ยันติ\*

Sasithon Tantiekkarat, Nadchar Yanti\*

- การพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม 142  
Development of Clinical Practice Guidelines to Delay Chronic Kidney Disease  
Progression among Type 2 Diabetes Patients

สิทธิธนา โตอ่อน, อารยา เชียงทอง, ศิริเนตร สุขดี\*

Sittitana To-On, Araya Chiangkhong, Sirinate Sukdee\*

- การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 159  
ตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5  
Development of the Primary Health Care and Quality of Life Model for  
Older Adults According to New Normal in Urban and Suburban Context,  
Regional Health 5

ปริญญารัตน์ ธนะบุญปวง, เพ็ญจมาศ คำธนะ, สุภาพ ไทยแท้,

จิรียา อินทนา\*, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, ชลธิชา บุญศิริ, ทิพา มหาพรหม

Parinyaporn Thanaboonpuang, Phenchamat Khamthana, Suparp Thaihae,

Jiriya Intana\*, Yaowaluck Meebunmak, Chonticha Boonsiri, Tiwa Mahaprom

### □ บทความวิชาการ

- บทบาทพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน 176  
Nurses' Roles in Promoting Personal Recovery among People with Chronic  
Schizophrenia in the Community

ฐิติชญาณ์ ปิยภัทรธน์สไชย, ชนิตา เชือกทอง, สุนิษา เชือกทอง\*

Thitchaya Piyaphattanuschai, Chanida Chuektong, Sunisa Chuaktong\*

### □ คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

191

## บทความวิจัย (Research article)

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา

อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Development of an Operational Model for Improving Quality of Life  
in Pong Sa Sub-District, Pai District, Mae Hong Son Province

จิติวรดา อัครภานุวัฒน์<sup>1</sup>, พรพรรณ มนัสจกุล<sup>2\*</sup>

Tithiworada Akkharaphanuwat<sup>1</sup>, Pornpun Manasatchakun<sup>2\*</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pornpun@bcnc.ac.th)

(Received: January 27, 2026; Revised: May 6, 2026; Accepted: May 7, 2026)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา ความต้องการของพื้นที่ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนา ร่วมกับแบบสอบถามการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการดำเนินงาน ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า

1. สถานการณ์และความต้องการในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบลโป่งสา จำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ กลไกการขับเคลื่อน การพัฒนาศักยภาพ การติดตามและประเมินผล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เป็นศูนย์กลางบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย โดยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ การกำหนดปัญหาและจัดทำแผน การสร้างความเข้าใจร่วม และการสร้างแกนนำเพื่อติดตามผล

2. ภายหลังจากนำรูปแบบไปใช้ พบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อุปสรรคสำคัญคือ ความรู้และความตระหนักของชุมชน

<sup>1</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านโป่งสา จังหวัดแม่ฮ่องสอน  
Public Health Technical Officer (Senior Professional Level), Chalermpkrakiat 60<sup>th</sup> Anniversary  
Nawaminthrachini Health Promoting Hospital, Mae Hong Son Province

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,  
Ministry of Public Health

ต่อปัญหาการเผา รวมถึงข้อจำกัดด้านการสื่อสารของเครือข่าย ขณะที่ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือความชัดเจนของบทบาทคณะกรรมการและมาตรการทางสังคมที่เข้มแข็ง

รูปแบบที่พัฒนาขึ้น สามารถใช้เป็นต้นแบบในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล และสามารถประยุกต์ใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพและสังคมที่ซับซ้อนในชุมชนได้อย่างเหมาะสม เช่น โรคอุบัติใหม่ ปัญหาสุขภาพจิต และการใช้สารเสพติด เป็นต้น

**คำสำคัญ:** การมีส่วนร่วมของชุมชน, คุณภาพชีวิต, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล, วิจัยเชิงปฏิบัติการ

## Abstract

This action research aimed to develop an operational model for quality-of-life development at Pong Sa Subdistrict, Pai District, Mae Hong Son Province. The participants consisted of 60 stakeholders involved in subdistrict quality-of-life development, selected through purposive sampling. Data were collected using focus group discussions on local problems, community needs, success factors, barriers, and development requirements, along with questionnaires assessing participation and satisfaction with the implementation process. The research was conducted in four phases: planning, action, observation, and reflection. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. The findings revealed that;

1. The situation and operational needs for quality-of-life development in Pong Sa Subdistrict involved four major components: driving mechanisms, capacity building, monitoring and evaluation, and knowledge exchange. The developed model utilized the Subdistrict Quality of Life Development Committee as the central mechanism to integrate community participation and multisectoral collaboration. The model comprised five steps: 1) committee appointment with clearly defined roles, 2) capacity development and operational understanding, 3) identification of community issues and integrated planning, 4) shared understanding through small-group communication, and 5) development of local leaders for implementation monitoring.

2. After implementation, stakeholders demonstrated significantly increased levels of participation and satisfaction at the .001 level. Key barriers included limited community awareness regarding open burning issues and communication challenges among network partners, while success factors included clearly defined committee roles and strong social measures.

The developed model can serve as a prototype for subdistrict-level quality-of-life development, particularly in remote areas, by strengthening communication channels and

coordination across all network levels. It may also be adapted to address complex community health and social issues, such as emerging diseases, mental health problems, and substance abuse.

**Keywords:** Community participation, Quality of life, Sub-District Health Board, Action research

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทรัพยากรมนุษย์เป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศในทุกมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี เนื่องจากมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพและขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development goals: SDGs) คำนึงถึงการสร้างความมั่นคงทางสังคม การศึกษา การพัฒนาทักษะ ลดความไม่เท่าเทียม เสริมศักยภาพของแต่ละบุคคล การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริมให้ประชากรมีสุขภาพดี ส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีในระยะยาว รวมทั้ง การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพัฒนาเศรษฐกิจที่ยั่งยืน และนำไปสู่สังคมที่ดี (United Nations, 2015) คุณภาพชีวิต (quality of life: QoL) เป็นแนวคิดที่มุ่งสะท้อนความเป็นอยู่ที่ดีของประชากรหรือบุคคล โดยครอบคลุมทุกมิติของการดำรงชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ความสัมพันธ์ สถานะทางการศึกษา สภาพแวดล้อมในการทำงาน สถานะทางสังคม ความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย เสรีภาพ ความเป็นอิสระ ในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมและความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตลอดจนสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (World Health Organization, 1998; Theofilou, 2013; Cai et al., 2021)

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น สุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีช่วยให้บุคคลสามารถเข้าร่วมกิจกรรมและลดข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ การมีมาตรฐานการครองชีพที่ดี ครอบคลุมถึงความอยู่ดีมีสุขทางวัตถุ เช่น ระดับรายได้ การเข้าถึงความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย การศึกษา และความมั่นคงทางเศรษฐกิจโดยรวม รวมทั้ง การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีมีคุณภาพ (World Health Organization, 1998) การพัฒนาคุณภาพชีวิต จะช่วยส่งเสริมให้ทรัพยากรมนุษย์มีศักยภาพ/คุณภาพสูง (United Nations Development Programme, 2020; Suksabai, 2023) มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนไทย เช่น การพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม การเข้าถึงบริการด้านการศึกษาและการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมอาชีพในชุมชนและเศรษฐกิจฐานราก การส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย สะอาด และเอื้อต่อสุขภาพ และการกำหนดนโยบายที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ เป็นต้น (Kantachote & Wiroonsri, 2023) แม้จะมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบคลุมหลายมิติ แต่จากรายงานคุณภาพชีวิตของคนไทยตามข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2565 จำนวน 5 หมวด พบว่า ยังไม่ผ่านเกณฑ์ในหลายหมวด เช่น การเก็บออมเงิน/ การไม่ดื่มสุราหรือไม่สูบบุหรี่ คนในครัวเรือนจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับสุขภาพ (Community Development Department, Ministry of Interior, 2022)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ เป็นกลไกบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน (Khongsateinpong & Wanaratwichi, 2021) ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2560 มุ่งการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ตรงกับความต้องการของพื้นที่ โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เน้นการมีส่วนร่วมและสร้างความ เป็นเจ้าของร่วมกัน การเสริมสร้างศักยภาพภาคประชาชนเป็นหนึ่งในรากฐานสำคัญเพื่อให้เกิดการ พึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ (Division of Health Education, Department of Health Service Support, 2017) กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานถูกนำมาใช้ เพื่อให้เกิดศักยภาพภาคประชาชน โดยเสริมสร้างกระบวนการการ มีส่วนร่วมของประชาชนให้เกิดการพึ่งพาตนเอง ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีการขยาย ผลการดำเนินงานลงสู่ระดับตำบลผ่านการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองและดูแลกันเองได้ เกิดระบบบริการปฐมภูมิที่ภาคีเครือข่ายชุมชนจัดการ รวมทั้ง มีการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนเชื่อมกับระบบบริการซึ่งนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน (Division of Health Education, Department of Health Service Support, 2017)

หลายจังหวัดยังพบปัญหาด้านสุขภาพ แม้ว่าจะมีการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและ ระบบสุขภาพปฐมภูมิตามแนวพระราชดำริอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในหลายพื้นที่ ดังข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2565 ที่ยังพบตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์ เช่น การขาด แคลนน้ำสะอาดสำหรับอุปโภคบริโภค (Community Development Department, Ministry of Interior, 2022) ตลอดจนปัญหาโรคเรื้อรังและภัยสุขภาพที่ยังเป็นภาระสำคัญ (Juejunthuk, 2020; Sirimongkol, 2023) ซึ่งความท้าทายเหล่านี้สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนในบริบทของพื้นที่ระดับตำบลโป่งสา อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งมีสภาพภูมิประเทศเป็นป่าและภูเขาสูง ประกอบด้วย 7 หมู่บ้าน มีประชากร 3,384 คน มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ได้แก่ กะเหรี่ยง ม้ง ลีซู มูเซอ และมีความเชื่อทางศาสนาที่หลากหลาย ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมตามฤดูกาล แต่ต้องเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนแหล่งน้ำ ในฤดูแล้ง ทำให้การเพาะปลูกไม่ได้ผลผลิตเท่าที่ควรและนำไปสู่ปัญหาความยากจน รวมทั้งปัญหาในด้าน สาธารณสุขยังพบปัญหาที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างรอบด้าน ทั้งปัญหาด้านสุขภาพกาย เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพแม่และเด็ก ปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ปัญหายาเสพติด ตลอดจนการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุที่ส่งผลให้อัตราการพึ่งพิง ในพื้นที่สูงขึ้น (Akkharaphanuwat, 2024)

ปัญหาดังกล่าวอาจจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรในพื้นที่ อำเภอปาย จังหวัด แม่ฮ่องสอนได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board: DHB) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอซึ่งจะเชื่อมสู่การดูแลในระดับตำบล จึงได้มีการนำปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพตามบริบทของตำบลโป่งสาเพื่อดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตในระดับตำบล แต่การดำเนินการที่ผ่านมายังคงพบช่องว่างสำคัญในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับตำบล ยังขาดกลไกการทำงานเชิงระบบ/ ขาดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ประกอบกับ ข้อจำกัดด้านงบประมาณที่ยังคงผูกติดอยู่กับโครงการระดับจังหวัด ซึ่งข้อต่อที่ขาดหายไปนี้ส่งผลให้การ ปฏิบัติงานในพื้นที่อาจจะขาดทิศทางและเป้าหมายร่วมกันอย่างแท้จริง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนางาน พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ เพื่อสร้างกลไกเชื่อมประสานการทำงานและกำหนดทิศทางให้สอดคล้อง

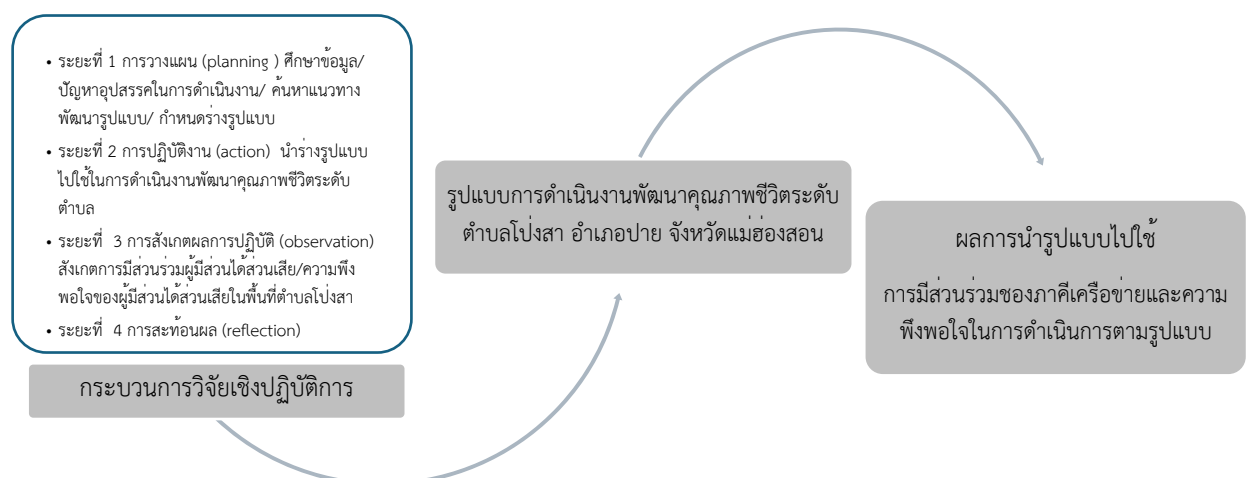
กับบริบทชุมชน เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลจึงมีความสำคัญและการพัฒนาดังกล่าวอาจช่วยทำให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนสุขภาวะอย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนให้เกิดการรองรับนโยบายสำคัญของจังหวัดและประเทศ และอาจส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา อำเภอบาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา อำเภอบาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา อำเภอบาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน
4. เพื่อศึกษาอุปสรรคและปัจจัยแห่งความสำเร็จของการใช้รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา อำเภอบาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการและขับเคลื่อนโดยใช้ทฤษฎีระบบ (Von Bertalanffy, 1968) ร่วมกับทฤษฎีการมีส่วนร่วม (Cohen & Uphoff, 1977) เป็นแกนกลางของกระบวนการพัฒนารูปแบบ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในทุกองค์ประกอบและทำงานเชื่อมโยงกันเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลให้เหมาะสมกับบริบทตำบลโป่งสา เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในตำบลโป่งสา โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา อำเภอบาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) (Kemmis & McTaggart, 1992) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2567 รายละเอียด ดังนี้

### ผู้ให้ข้อมูลหลัก

เป็นผู้เกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ตำบลโป่งสา โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารและผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน แกนนำชุมชน 7 หมู่บ้าน ๆ ละ 3-4 คน และตัวแทนภาคประชาชนพื้นที่โป่งสา 7 หมู่บ้าน ๆ ละ 3-4 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 60 คน โดยมีกำหนดคุณสมบัติตัวแทนภาคประชาชนพื้นที่โป่งสา ดังนี้ 1) มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล 2) มีประสบการณ์การทำงานในพื้นที่มากกว่า 1 ปี และคุณสมบัติของแกนนำชุมชน/ประชาชน ได้แก่ 1) อาศัยในพื้นที่ตำบลโป่งสา อำเภอป่าพะยอม จังหวัดแม่ฮ่องสอน ติดต่อกันอย่างน้อย 3 ปี 2) มีประสบการณ์ในการดำเนินโครงการหรือมีส่วนร่วมในโครงการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนตำบลโป่งสา ต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี 3) สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ย้ายที่อยู่ 2) ไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลได้ครบถ้วน และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการวิจัยเสร็จสิ้น

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง เกี่ยวกับประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ตำบลโป่งสาตามความต้องการของพื้นที่ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างคำถาม เช่น “ท่านคิดว่าการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา เป็นอย่างไรในปัจจุบัน” “ท่านคิดว่ามีวิธีใดบ้างที่จะช่วยพัฒนาการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา” และ “ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดที่จะช่วยให้การดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา มีประสิทธิภาพ”

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง เกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการ ปัญหาอุปสรรคหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างคำถาม เช่น “ท่านคิดว่าหลังการพัฒนารูปแบบ การดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสาเป็นอย่างไร” “ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการประกอบด้วยอะไรบ้าง” “ปัญหาอุปสรรค/ สิ่งที่ต้องการพัฒนาในการดำเนินงาน ประกอบด้วยอะไรบ้าง”

3. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและความพึงพอใจในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำแนกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และ อาชีพ เป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่าง มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับจนถึงน้อยที่สุด

เท่ากับ 1 คะแนน คิดคะแนนรวม อยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน และจำแนกคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้  
ระหว่าง 63.01 – 75.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด ระหว่าง 51.01 – 63.00 คะแนน หมายถึง  
ระดับมาก ระหว่าง 39.01 – 51.00 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง ระหว่าง 27.01 – 39.00 คะแนน  
หมายถึง ระดับน้อย และ ระหว่าง 15.00 – 27.00 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล  
จำนวน 18 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่าง มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับจนถึง  
น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน คิดคะแนนรวม มีคะแนนระหว่าง 18 – 90 คะแนน จำแนกคะแนนออกเป็น  
5 ระดับ ดังนี้ ระหว่าง 75.61 – 90.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด ระหว่าง 61.21 – 75.60 คะแนน  
หมายถึง ระดับมาก ระหว่าง 46.81 – 61.20 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง ระหว่าง 32.41 – 46.80  
คะแนน หมายถึง ระดับน้อย และระหว่าง 18.00 – 32.40 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบ  
คุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพชีวิต  
ระดับชุมชน/ตำบล และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item of  
objective congruence: IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 และนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกับผู้ให้  
ข้อมูล ณ ตำบลเมืองแปง อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา  
ของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) เท่ากับ .82 และ .87 ตามลำดับ

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ 4 ระยะ ดังนี้

#### 1. ระยะการวางแผน

1.1 ผู้วิจัยศึกษาประเด็นปัญหา/ช่องว่างของการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่  
ตำบลโป่งสาและศึกษาความต้องการของพื้นที่ โดยการสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากประสบการณ์  
ตรงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ตำบลโป่งสา การเก็บรวบรวมข้อมูล  
เชิงคุณภาพใช้วิธีการสนทนากลุ่ม โดยจัดผู้ให้ข้อมูลหลัก 6 กลุ่ม ๆ ละ 8-10 คน ตามความแตกต่างของ  
บทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ ใช้ระยะเวลาในการสนทนากลุ่ม ๆ ละประมาณ 45-60 นาที  
ณ ห้องประชุมของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีความเป็นส่วนตัวและเอื้อต่อการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น  
โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนาเพื่อคอยกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และ  
มีผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่จดบันทึกและบันทึกเสียง การวิเคราะห์แบบจำแนกชนิดข้อมูล

1.2 กำหนดร่างรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา  
อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน หลังจากผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลประเด็นปัญหาและความต้องการของ  
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำการวิเคราะห์แบบจำแนกชนิดข้อมูล เพื่อนำข้อมูลที่จำแนกมาการกำหนด  
องค์ประกอบหลักโดยกำหนดเป็นโครงสร้างหลักของรูปแบบ และร่างเป็นขั้นตอนการดำเนินงาน  
ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ นักวิจัยร่วมกับผู้ให้ข้อมูลร่วมตรวจสอบและปรับปรุงเพื่อให้เกิดความเหมาะสม  
ของรูปแบบ

**2. ระยะการปฏิบัติงาน** ผู้วิจัยนำรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา อำเภอบางยี่สิบ จังหวัดแม่ฮ่องสอนที่ผ่านการปรับปรุงแล้ว ไปใช้จริงในพื้นที่กับประชาชนตำบลโป่งสา 7 หมู่บ้าน การขับเคลื่อนรูปแบบโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลโป่งสา ร่วมกับผู้วิจัย ผู้นำชุมชน และแกนนำเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่ โดยบูรณาการการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน โดยก่อนการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล กับผู้เกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ตำบลโป่งสา 7 หมู่บ้าน โดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและความพึงพอใจในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

**3. ระยะการสังเกตผลการปฏิบัติ** เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการดำเนินงานตามที่กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการนำรูปแบบไปใช้ กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิม โดยใช้เครื่องมือประเมินชุดเดียวกับระยะการปฏิบัติงาน เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและความพึงพอใจในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลเมื่อนำรูปแบบมาใช้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยสังเกตบริบทที่เปลี่ยนแปลงร่วมกับบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ระหว่างการนำรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสาไปใช้

#### **4. ระยะการสะท้อนผล**

4.1 ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้เกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ตำบลโป่งสาซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายร่วมประชุมสะท้อนผลการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดขึ้น ณ ห้องประชุมของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่

4.2 ผู้วิจัยนำข้อมูลผลลัพธ์ที่รวบรวมได้จากระยะการสังเกตผลการปฏิบัติ นำเสนอต่อที่ประชุม เพื่อใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นในการสะท้อนผลร่วมกัน

4.3 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันอภิปราย แสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้จากการลงมือปฏิบัติจริงครอบคลุมประเด็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น สะท้อนอุปสรรคและค้นหาปัจจัยความสำเร็จของการนำรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสาไปใช้

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คำนวณจากแบบสอบถามโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ระหว่างก่อนและหลังการนำรูปแบบมาใช้ โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) โดยข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบและมีการแจกแจงแบบปกติ

## การพิทักษ์สิทธิของของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแม่ฮ่องสอน เอกสารรับรองเลขที่ MHS REC 012.2567 ลงวันที่ 7 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจง วัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูล การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุแหล่งที่มา ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูลว่า การวิจัยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

## ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การและความต้องการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา อำเภอยาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 70.00 อายุเฉลี่ย 49.00 ปี ( $SD = .79$ ) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 93.33 หม้าย/หย่า ร้อยละ 6.67 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 75.00 ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 15.00 ประถมศึกษา ร้อยละ 6.67 และสูงกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 3.33 ประกอบอาชีพอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 70.00 รับราชการ ร้อยละ 15.00 และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 15.00

1.2 สถานการณ์และความต้องการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา อำเภอยาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำแนกออกเป็น 4 ลักษณะ รายละเอียด ดังนี้

1.2.1 กลไกการขับเคลื่อน พบว่า ตำบลโป่งสา มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) อย่างไรก็ตามยังขาดการออกคำสั่งแต่งตั้งอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรในการดำเนินงานแต่ละครั้ง การดำเนินงานส่วนใหญ่อยู่ภายใต้โครงการที่ใช้งบประมาณพัฒนาจังหวัดแม่ฮ่องสอน มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเฉพาะบางประเด็น ซึ่งยังไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหาที่สะท้อนผลกระทบคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อย่างชัดเจน ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและเกิดความชัดเจนในทิศทางการพัฒนาควรแต่งตั้งคำสั่ง พชต. เพื่อเป็นกลไกหลักขับเคลื่อนการดำเนินงาน ดังตัวอย่าง “เราก็ทำงานกันไปแบบนี้ไม่ได้มีคำสั่ง เงินก็อาศัยงบพัฒนาจังหวัดขับเคลื่อนบางโครงการ ไม่ได้ครอบคลุมทุกเรื่องตอนนี้ทำเฉพาะเรื่อง ๆ ไป ไม่ได้ต่อเนื่องอะไร” (กลุ่มที่ 1 คนที่ 3)

1.2.2 การพัฒนาศักยภาพ พบว่า พชต. ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับตำบล (พชอ./พชต.) รวมทั้ง ขาดความเข้าใจในบทบาทและหน้าที่ตามโครงสร้างการบริหารงาน ส่งผลให้การปฏิบัติงานไม่สอดคล้องกับบทบาทที่กำหนด และการจัดกิจกรรมบางส่วนยังไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดโดยการแก้ไขปัญหาประเด็นนี้ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะให้มีการพัฒนาศักยภาพพชต. ที่จะเป็กลไกหลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ดังตัวอย่างจากการสนทนากลุ่ม ดังตัวอย่าง “ก็ยังสับสนกับหน้าที่ตัวเอง ผมไม่รู้ว่าจะจริง ๆ พชต. ต้องทำอะไร งานก็ไม่ค่อยตรงเป้า ถ้าจะให้งานเดินหน้าจริง ๆ ต้องให้ความรู้ก่อนหน้าที่อะไรยังไง ต้องทำอะไรลำดับยังไง” (กลุ่มที่ 3 คนที่ 2)

1.2.3 การติดตามและประเมินผล พบว่า มีการติดตามการดำเนินงานและการรายงานผลตามกิจกรรมของโครงการเป็นหลัก อย่างไรก็ตามยังไม่มีระบบการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในระดับตำบลที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ดังตัวอย่าง“ที่ผ่านมามีความก้าวหน้าในการทำงานที่สำเร็จใหม่ งานคืบหน้าใหม่ แต่ภาพรวมของงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนบ้านเราจริง ๆ ยังไม่เคยเห็นภาพชัด” (กลุ่มที่ 4 คนที่ 6)

1.2.4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าการพัฒนางานยังขาดความต่อเนื่องและการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบสำหรับผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพของประชาชนพื้นที่ตำบลโป่งสา ดังนั้นข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความสำคัญของการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถอดบทเรียนทั้งในระดับตำบลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แนวปฏิบัติที่ดีแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่อาจจะช่วยให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพขึ้น ดังตัวอย่าง“ผมว่าพวกเราทำงานไม่ต่อเนื่องไม่เชื่อมโยงกันเหมือนต่างคนต่างทำ กระจัดกระจายกัน ถ้าได้ทำงานแล้วมาผลสุดท้ายพวกเรามาคุยกันอันไหนดี มาแบ่งปันกัน ใครทำอะไรผลเป็นยังไง น่าจะดี” (กลุ่มที่ 2 คนที่ 1)

2. รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่พัฒนาขึ้น มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) ผลผลิต (output) และการป้อนกลับ (feedback) (Friedman & Allen, 2011) รายละเอียด ดังนี้ (ภาพ 2)



ภาพ 2 รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

2.1 ปัจจัยนำเข้า (input) ได้แก่ กลไกคณะกรรมการ พชต. และภาควิชาการช่วยเหลือที่มีคำสั่งแต่งตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ข้อมูลปัญหาและความต้องการของชุมชน ตลอดจนการบูรณาการทรัพยากรและงบประมาณจากหลายภาคส่วน

2.2 กระบวนการ (process) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การจัดตั้งกลไกการขับเคลื่อน โดยนายอำเภอปายออกคำสั่งแต่งตั้ง พชต. มีกำนันเป็นประธาน พร้อมตั้งคณะกรรมการครอบคลุมการพัฒนา 5 ด้าน ได้แก่ ทรัพยากรธรรมชาติ ศาสนา/วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม/สาธารณสุข

และการศึกษา 2) การพัฒนาศักยภาพ พชต. โดยจัดอบรมและเวทีเรียนรู้ชุมชนเพื่อทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ โดยบูรณาการองค์ความรู้จากวิทยากรภาครัฐ ผู้นำชุมชน และปราชญ์ชาวบ้าน 3) การวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผน โดย พชต. ร่วมกับชุมชนวิเคราะห์ปัญหา 5 ประเด็น และคัดเลือกปัญหาไฟฟ้าและหมอกควัน เป็นวาระเร่งด่วน โดยตั้งเป้าลดจุดความร้อนเป็นศูนย์ พร้อมจัดทำแผนปฏิบัติการและบูรณาการงบประมาณ ส่วนประเด็นอื่นให้บรรจุในแผนระยะต่อไป 4) การสื่อสารและสร้างความเข้าใจร่วมกัน โดยถ่ายทอดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การจัดการไฟป่าลงสู่ระดับอนุกรรมการและชุมชน เพื่อสร้างเป้าหมายการทำงานเดียวกันทั้งตำบล และ 5) การสร้างแกนนำและการปฏิบัติการ โดยพัฒนาแกนนำในพื้นที่ทั้ง 7 หมู่บ้าน เพื่อขับเคลื่อนงานเชิงปฏิบัติ เช่น การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ จัดชุดเฝ้าระวัง รณรงค์งดการเผา บังคับใช้มาตรการทางสังคม และจัดระบบรายงานผล

2.3 ผลผลิต (output) ได้แก่ โครงสร้างการดำเนินงาน พชต. ที่ชัดเจนจำนวน 1 โครงสร้าง เกิดแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เกิดเครือข่ายแกนนำครอบคลุมทั้ง 7 หมู่บ้าน ตลอดจนเกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและความพึงพอใจในการดำเนินงานตามรูปแบบ

2.4 การป้อนกลับ (feedback) เน้นการนำข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและความพึงพอใจในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล วิเคราะห์ร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย นำผลการสะท้อนกลับที่ได้ไปปรับปรุงแผนการดำเนินงาน

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา อำเภอบาง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผลการวิจัยพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n=60)

| ตัวแปร                     | ก่อนใช้รูปแบบ |      |         | หลังใช้รูปแบบ |      |           | t        | p-value |
|----------------------------|---------------|------|---------|---------------|------|-----------|----------|---------|
|                            | M             | SD   | ระดับ   | M             | SD   | ระดับ     |          |         |
| การมีส่วนร่วมดำเนินงาน     | 53.48         | 5.08 | ปานกลาง | 71.08         | 3.55 | มากที่สุด | 23.18*** | <.001   |
| ความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน | 58.32         | 8.07 | ปานกลาง | 86.45         | 2.76 | มากที่สุด | 26.22*** | <.001   |

\*\*\*  $p < .001$

4. อุปสรรคและปัจจัยแห่งความสำเร็จของการใช้รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา อำเภอบาง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

4.1 อุปสรรคของการดำเนินงานตามรูปแบบ มี 2 ประเด็น ดังนี้

4.1.1 ด้านความรู้และความตระหนักของชุมชนต่อการเผา ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า ถึงแม้จะมีการกำหนดกติกาการลดเผาที่เป็นมิตรร่วมกัน แต่ในพื้นที่โป่งสาเป็นพื้นที่เพาะปลูกโดยเฉพาะการ

ปลูกพืชหมุนเวียน พืชไร่ ประชาชนส่วนใหญ่ที่ทำการเกษตรและหลายหมู่บ้านยังคงใช้วิธีการเผาเศษวัสดุทางการเกษตรหลังเก็บเกี่ยว รวมถึงพื้นที่ตำบลโป่งสามมีภูมิประเทศเป็นภูเขาสูงเมื่อเกิดการเผาไหม้จึงยากต่อการเข้าถึงและควบคุมไฟ บางพื้นที่ขาดแคลนน้ำในการดับไฟ ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้/ ความตระหนักถึงผลกระทบของไฟไหม้ป่าและควันไฟต่อสุขภาพ ขาดความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาไฟไหม้ป่า การเผาป่ากับคุณภาพชีวิตในระยะยาว ดังตัวอย่าง “เรื่องเผาเนี่ยเราก็ดกลงกันแล้วแต่ชาวบ้านเราก็อึดใจกัน ว่าต้องเผาไร้ เศษตอซึ่งจะทำให้ยังงี้ที่จะทำให้หมดได้ไว บางคนเขาก็ว่ามันปกติธรรมดา แต่คุณว่าถ้าเผาแล้วลามนี้ปัญหาเลยไฟติดแล้วดับไม่ได้มันเป็นเขาส่ง น้ำอะไรก็เข้าลำบาก” (กลุ่มที่ 1 คนที่ 7)

4.1.2 ด้านการสื่อสารของเครือข่าย โดยประเด็นดังกล่าวพบการสะท้อนว่า การสื่อสารข้อมูลการเกิดไฟป่าไม่ถูกแจ้งถึงเครือข่ายในทุกระดับ การเตือนเกิดขึ้นหลังจากไฟลุกลามแล้ว เนื่องจากการสื่อสารระหว่างชุมชนและการสื่อไปยังหน่วยงานราชการพึ่งพาการใช้สื่อออนไลน์/ โทรศัพท์ แต่พบว่าพื้นที่มีปัญหาการเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ต/ ปัญหาไฟฟ้าดับในพื้นที่ ส่งผลให้การแจ้งเตือนและการประสานงานล่าช้าหรือไม่ทั่วถึง เครือข่ายในระดับตำบลยังไม่มีช่องทางสื่อสารหลักที่เป็นระบบเดียวกัน ดังตัวอย่าง “บางทีไฟมันลามไปไกลแล้วเรารู้ บางทีหมู่บ้านเรารู้แต่หน่วยงานไม่รู้ ดอยเราก็อึดใจอยู่บางทีไฟดับ สัญญาณโทรศัพท์ใช้ไม่ได้ แจ้งเหตุไม่ได้ แล้วมันไม่มีช่องทางส่งแบบที่เป็นหลักจริง ๆ ใครมีอะไรก็ส่งกันไปคนละทาง สองทาง ทำให้ล่าช้าไปหมด มันไม่ทันใจ” (กลุ่มที่ 5 คนที่ 4)

## 4.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จและประเด็นพัฒนา ได้แก่

4.2.1 ความชัดเจนด้านบทบาท โดยผู้ให้ข้อมูลอธิบายการระบุบทบาทที่ชัดเจน ช่วยสร้างความเข้าใจในระดับบุคคลและระดับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับหน้าที่ ความรับผิดชอบ และขอบเขตการทำงาน ผู้ให้ข้อมูลระบุประเด็นพัฒนาเกี่ยวกับบทบาทที่เชื่อมกับการสื่อสาร นอกจากการประสานงานที่ผู้นำชุมชนของแต่ละหมู่บ้าน อาจต้องมีการเพิ่มจำนวนผู้ประสานงาน เช่น แกนนำ พชต. และ/หรือ เครือข่ายประชาชนแจ้งเหตุและประสานงานครอบคลุมทุกจุดในแต่ละหมู่บ้านเพื่อเฝ้าระวังและรายงานสถานการณ์ ดังตัวอย่าง “หลังจากรู้ว่าตัวเองต้องทำอะไรบทบาทอะไร พวกเราก็น่าจะต้องขยายเครือข่าย ไม่ใช่แค่ผู้นำหมู่บ้าน แต่แกนนำพชต. ต้องอยู่ทั่วหมู่บ้านเลย มีหมี่ตาเยอะ ก็ช่วยสื่อสารกันเร็วขึ้น” (กลุ่มที่ 5 คนที่ 8)

4.2.2 การจัดการด้านมาตรการทางสังคม ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าการบังคับใช้มาตรการทางสังคมในการจัดการปัญหาของชุมชนโป่งสามได้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน แต่พบประเด็นพัฒนาเกี่ยวกับการดำเนินการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายในระดับพื้นที่ยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะเมื่อมีการลักลอบเผาในช่วงห้ามเผา ดังตัวอย่าง “กฎกติกาในหมู่บ้านเรารู้กันแล้ว คนในพื้นที่เข้าใจกัน แต่เวลาที่เราเจอพวกที่เผาแบบแอบเผาในช่วงที่เข่าห้ามเผา มันก็ยากที่จะแจ้งเอาผิดตามกฎหมายเป๊ะ ไหนจะต้องหาหลักฐานอะไรอีกมันลำบาก” (กลุ่มที่ 4 คนที่ 2)

## การอภิปรายผล

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบลโป่งสาให้ความสำคัญกับปัจจัยนำเข้าซึ่งเป็นรากฐานเชิงโครงสร้าง โดยเน้นการสร้างกลไกขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และภาคีเครือข่ายชุมชนที่มีการจัดโครงสร้างบริหารจัดการอย่างชัดเจน กระบวนการวางแผนเน้นการสะท้อนข้อมูลปัญหาและความต้องการที่แท้จริงจากตัวแทนทั้ง 7 หมู่บ้านในตำบลโป่งสา มีการนำทรัพยากรและงบประมาณจากส่วนงานต่าง ๆ มาบูรณาการร่วมกัน ซึ่งสะท้อนการทำงานที่ไม่ได้เป็นลักษณะจากบนลงล่าง แต่เน้นการรับฟังเสียงจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล การทำงานเป็นเครือข่าย ลดการทำงานแบบแยกส่วน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการใช้ทุนทางสังคมและการสร้างเป้าหมายร่วม (Ansell & Gash, 2008; Sritho et al., 2020) ซึ่งให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมเครือข่าย การเอื้อประโยชน์ร่วมกัน โดยทุนทางสังคมจะเป็นรากฐานของการสร้างความร่วมมือในสังคม และสอดคล้องกับนโยบายการตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (Khongsateinpong & Wanaratwichi, 2021) มีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนผ่านจากการทำงานแบบแยกส่วน มาสู่การให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และรูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายความร่วมมือเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด (Provan & Kenis, 2008) ซึ่งให้เห็นว่าการขับเคลื่อนเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีความสอดคล้องของเป้าหมาย จะกระตุ้นให้เกิดความไว้วางใจและดึงทุนทางสังคมของแต่ละภาคส่วนมาใช้ร่วมกัน ลดความซ้ำซ้อนของการทำงาน ดังจุดเด่นของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบลโป่งสาที่มีการกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ร่วมกัน เช่น การตั้งเป้าหมายเป็นตำบลจัดการไฟป่าระดับดีเด่น ซึ่งทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้เครือข่ายตั้งศักยภาพที่แตกต่างของตนเองมาใช้ในการจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะถิ่นที่มีข้อจำกัดด้านภูมิศาสตร์ การที่ พชต. กำหนดเป้าหมายระดับดีเด่นไม่ได้เป็นเพียงการวางตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลแต่คือการสร้างวิสัยทัศน์ร่วมภายในโครงสร้างของ พชต. ซึ่งประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วน เช่น ท้องถิ่น สาธารณสุข และภาคประชาชน เป้าหมายนี้เป็นตัวเชื่อมประสานให้ทุกฝ่ายมองข้ามภารกิจงานประจำของตนเอง แล้วหันมามุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของตำบลร่วมกัน โครงสร้าง พชต. มีจุดแข็งคือความหลากหลายของทรัพยากรบุคคล เมื่อเป้าหมายมีความชัดเจนช่วยให้การดำเนินงานได้นำทุนทางสังคมและทุนทางปัญญาที่แตกต่างกันมาใช้ ระหว่างการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบลโป่งสา

ระยะการลงมือปฏิบัติ ชุมชนมุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเริ่มจากการเสริมสร้างสมรรถนะให้แก่คณะกรรมการ พชต. เพื่อให้เกิดความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีการใช้กลยุทธ์การสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันทั่วทั้งองค์กร และการสร้างแกนนำในพื้นที่เพื่อติดตามการทำงานอย่างเป็นระบบ จากการสังเกตผลที่เกิดขึ้นพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ การเกิดระบบนิเวศแห่งการเรียนรู้ นอกเหนือจากตัวโครงสร้างและแผนงานที่ชัดเจนแล้ว ยังเกิดระบบการป้อนกลับข้อมูลผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่าย กระบวนการที่เป็นระบบนี้ช่วยให้การจัดการปัญหาในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน (Baiya & Tang-on, 2022) และตำบลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย (Sirimongkol, 2023) ที่ระบุว่าเป็นระบบจะช่วยสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน ส่งผลให้คนในชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นหุ้นส่วนการพัฒนาและมีความเป็นเจ้าของในการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะเรื่องไฟป่าและหมอกควัน ซึ่งเป็นประเด็นที่ซับซ้อนการใช้กฎหมายบังคับ

เพียงอย่างเดียวอาจจะมีประสิทธิภาพ จึงควรสนับสนุนให้เกิดกลไกเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการแก้ไขปัญหา (Nakornjuntra, 2025)

การที่คนในชุมชนร่วมวางแผนและเป็นเจ้าของกติกาเอง จะเกิดมาตรการทางสังคมที่คนในพื้นที่ ยอมรับได้ การควบคุมกันเองภายในชุมชนช่วยให้เกิดการเคารพข้อตกลงร่วมกัน จุดนี้อาจส่งผลให้เกิดวิถีปฏิบัติของชุมชน การสะท้อนผลการประเมินและสะท้อนกลับในระยะสุดท้ายชี้ให้เห็นว่า ความสำเร็จของ รูปแบบมาจากกระบวนการมีส่วนร่วมตั้งแต่นักวิจัยและชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาจนถึงการสรุปผล ซึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน คณะกรรมการ พชอ.นาดูน (Sikongplee et al., 2024) และการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสายออ อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา (Kobsanthea, 2023) ที่ยืนยันว่าการดึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีบทบาทจะช่วยกระตุ้นความตระหนักและแรงจูงใจได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามการสะท้อนผลส่งผลให้เห็นข้อจำกัดและอุปสรรคสำคัญที่ต้องนำไปพัฒนาต่อได้แก่อุปสรรค ระดับบุคคลและเครือข่าย ปัญหาความตระหนักต่อผลกระทบของไฟฟ้าในบางกลุ่มที่ยังไม่ต่อเนื่อง และ ระบบการสื่อสารที่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนในระยะแรกยังไม่เต็ม ศักยภาพ รวมทั้ง ข้อจำกัดด้านสัญญาณอินเทอร์เน็ตและไฟฟ้าในพื้นที่ทุรกันดารของตำบลโป่งสา ซึ่งส่งผล โดยตรงต่อความรวดเร็วในการรายงานเหตุการณ์ไฟฟ้าแบบทันที

ในด้านความยั่งยืนและการขยายผล สะท้อนถึงความท้าทายในการรักษาความต่อเนื่องของแกนนำ พชต. เมื่อมีการเปลี่ยนผ่านตำแหน่ง หรือภาระงานส่วนตัว เป็นจุดที่ควรต้องมีการบริหารงานให้เกิด ความต่อเนื่อง รวมถึงการนำรูปแบบนี้ไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทสังคมแตกต่างกันเพื่อการขยายผล เนื่องจากรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโป่งสา พัฒนาขึ้นภายใต้บริบทของตำบลโป่งสา การนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นที่มีโครงสร้างสังคมแตกต่างกันอาจต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการหรือ ขั้นตอนบางส่วน เพื่อให้สอดคล้องกับพื้นที่ ปัจจัยหลักที่ทำให้รูปแบบนี้ปฏิบัติได้จริงคือ ความชัดเจนเชิง โครงสร้าง และ มาตรการทางสังคม ที่ชุมชนร่วมกันกำหนดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยการนำกลไก พชอ. มาขับเคลื่อนการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา (Ritburi, 2023) ชี้ให้เห็นว่าการมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและการรับฟังเสียงของคนในพื้นที่ คือปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคคลและชุมชน คณะกรรมการ พชต. และแกนนำชุมชน สามารถนำรูปแบบการดำเนินงานนำไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับปัญหาไฟฟ้าและหมอกควัน โดยเน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติในบุคคลให้เห็นความเชื่อมโยงของ ปัญหาคุณภาพชีวิตของตนเอง แกนนำชุมชนสามารถใช้ผลการวิจัยเป็นเครื่องมือสื่อสารเพื่อสร้างความ ตระหนักร่วมกัน

2. ด้านนโยบายและการบริหารจัดการ คณะกรรมการ พชต. และหน่วยงานส่วนกลาง ระดับจังหวัด สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางต้นแบบสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่าย พชต. ในพื้นที่อื่น เพื่อดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และสนับสนุนให้เกิดช่องทางการสื่อสาร ที่เป็นระบบและครอบคลุมทุกระดับเครือข่าย โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลเพื่อลดช่องว่างในการแจ้งเหตุ และการประสานงาน

3. ด้านการขยายผลและประยุกต์ใช้ หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรชุมชนในพื้นที่ ควรประยุกต์กระบวนการมีส่วนร่วมและกลไกการขับเคลื่อนที่ค้นพบในงานวิจัยนี้ ไปปรับใช้กับการแก้ไข ประเด็นปัญหาอื่นที่มีความซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เช่น ปัญหาโรค อุบัติใหม่ ปัญหาสุขภาพจิต/สิ่งเสพติด

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเชิงประเมินผลกระทบของรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ ตำบลต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะเชิงระบบ ครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม และการ วิจัยเพื่อวิเคราะห์เชิงเส้นทางหรือแบบจำลองสมการโครงสร้าง เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและ อิทธิพลของกลไก พชต. ที่ส่งต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชน

#### เอกสารอ้างอิง

- Akharaphanuwat, T. (2024). *Summary report of the population health in Pong Sa Sub-district, Pai District, Mae Hong Son Province, 2022-2024*. Pong Sa 60<sup>th</sup> Anniversary Chalermprakit Navamintharachini Health Promoting Hospital. (in Thai)
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Baiya, T., & Tang-on, Y. (2022). Evaluation of district life quality development model connected with development of the life quality management sub-district, Nan province. *Department of Health Service Support Journal*, 18(1), 59–68. (in Thai)
- Cai, T., Verze, P., & Bjerklund Johansen, T. E. (2021). The quality of life definition: Where are we going?. *Uro*, 1(1), 14–22. <https://doi.org/10.3390/uro1010003>
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1977). *Rural development participation: Concepts and measures for project design, implementation and evaluation*. Cornell University. <https://www.cabidigitallibrary.org/doi/full/10.5555/19781842383>
- Community Development Department, Ministry of Interior. (2022). *Report quality of life of Thai people, 2022*. B.T.S. Press. (in Thai)
- Division of Health Education, Department of Health Service Support. (2017). *Handbook of health education operations for healthy sub-districts*. Ministry of Public Health. (in Thai)

- Friedman, B. D., & Allen, K. N. (2011). Systems theory. In J. R. Brandell (Ed.), *Essentials of clinical social work* (pp. 3–20). Sage.
- Juejunthuk, S. (2020). Developing a network operation model of District Quality of Life Development Committee (DQL). *Journal of Health and Environmental Education*, 5(1), 29–35. (in Thai)
- Kantachote, K., & Wiroonsri, N. (2023). Octa-cluster: Different perspectives on quality of life in Thailand. *SAGE Open*, 13(4), 21582440231218501. <https://doi.org/10.1177/21582440231218501>
- Khongsateinpong, K., & Wanaratwichi, C. (2021). District quality development committee: Challenges and development. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 13(2), 275–285. (in Thai)
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1992). *The action research planner* (3<sup>rd</sup> ed.). Deakin University Press.
- Kobsanthea, S. (2023). The developing an operational model for improving quality of life at the sub-district level by community participation Saior Sub-District, Nonthai District, Nakhonratchasima Province. *Research and Development Health System Journal*, 16(3), 361–372. (in Thai)
- Nakornjuntra, C. (2025). Analysis of environmental law enforcement on the issue of open burning: The case of forest fires and ground fires in Thailand. *Journal of Modern Academic Promotion and Development*, 3(4), 44–56. (in Thai)
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229–252. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum015>
- Ritburi, K. (2023). The effectiveness of “district health board” mechanism using to driven dengue fever control and prevention, Phimai District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Health Office*, 9(1), 160–174. (in Thai)
- Sikongplee, J., Pattalapo, C., & Thongpool, S. (2024). Development of the District Health Board Operational process, Na Dun District by participation. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 8(15), 1–15. (in Thai)
- Sirimongkol, P. (2023). Development of the district health board operational model, Phonphisai district, Nong Khai province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 26(2), 1–13. (in Thai)
- Sritho, C., Atulo, P., & Sahaphatthana, P. (2020). Social capital and decentralization to local for driving citizenship in democracy. *Journal of Buddhist Sociology*, 5(1), 66–80. (in Thai)

- Suksabai, C. (2023). Framework for the study of human development towards human resource development strategies. *Journal of Interdisciplinary Innovation Review*, 6(6), 327–341. (in Thai)
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: Definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150–162. <https://doi.org/10.1037/e528452013-013>
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>
- United Nations Development Programme. (2020). *Human development report 2020: The next frontier-Human development and the Anthropocene*. <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2020>
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: Essays on its foundation and development* (Rev. ed.). George Braziller.
- World Health Organization. (1998). *Programme on mental health: WHOQOL user manual, 2012 revision*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>

## บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพโดยใช้เว็บแอปพลิเคชัน  
ในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน  
โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง  
Effects of a Capacity-Building Program Using a Web-Based Application  
for Fall Risk Assessment among Community-Dwelling Older Adults by  
Village Health Volunteers, Hang Chat Hospital, Lampang Province

ดุสิต ปิยวรกุล<sup>1\*</sup>Dusit Piyaworakul<sup>1\*</sup>

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

(Received: December 16, 2025; Revised: May 1, 2026; Accepted: May 5, 2026)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพโดยใช้เว็บแอปพลิเคชันในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ อสม.จำนวน 60 คน คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ๆ ละ 30 คน โดยการจับคู่ตามอายุ และระดับการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อสม.กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $t = 3.00, 1.97; p < .05, .01$ ) และมีความพึงพอใจต่อการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 6.35; p < .01$ )

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ควรพัฒนาต่อยอดเว็บแอปพลิเคชันในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุสำหรับ อสม. ให้สามารถนำไปใช้ครอบคลุมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย รวมทั้ง การติดตามอุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มได้แบบทันต่อเวลาต่อไป

**คำสำคัญ:** เว็บแอปพลิเคชัน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การป้องกันพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

Registered Nurse (Professional Level), Hang Chat Hospital, Lampang Province

## Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group pretest–posttest design to compare knowledge and satisfaction among village health volunteers (VHVs) before and after participation in a capacity-building program utilizing a web application for fall risk assessment among community-dwelling older adults. The study included 60 VHVs who were matched by age and educational level, then assigned to either an experimental group ( $n = 30$ ) or a control group ( $n = 30$ ). Research instruments consisted of a knowledge questionnaire on older adults' fall prevention and a satisfaction questionnaire regarding the program. The reliability coefficients were .90 (Kuder–Richardson 20) for the knowledge questionnaire and .80 (Cronbach's alpha) for the satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

The findings indicated that, following the intervention, the experimental group had significantly higher mean knowledge scores than both their pre-intervention scores and those of the control group ( $t = 3.00, 1.97; p < .05, .01$ ). In addition, satisfaction with the fall risk assessment program was significantly higher after participation than before the intervention ( $t = 6.35; p < .01$ ).

The results suggest that the web application-based capacity-building program effectively enhanced VHVs' knowledge and satisfaction regarding fall risk assessment and prevention among older adults. Further development of the web application is recommended to expand its role in health promotion, environmental safety management, and long-term community-based fall surveillance.

**Keywords:** Web application, Village health volunteers, Fall prevention, Older adults

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (completed aged society) ข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎรในปี 2567 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.54 (Division of Injury Prevention, Department of Disease Control, 2023) การเข้าสู่วัยผู้สูงอายุก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความเสื่อมตามวัย ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ การบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม (World Health Organization, 2021) รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยพบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีการหกล้มทุกปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ (National Statistical Office, 2023) ในปี 2566 มีผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป บาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มและต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 71,035 คน และเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม

จำนวน 1,472 คน รวมทั้งจำเป็นต้องใช้งบประมาณต่อปีประมาณ 1,500 ล้านบาท (Department of Disease Control, 2022) ซึ่งผลกระทบที่ตามมาหลังจากการหกล้ม คือ ความเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น ภาวะกระดูกหัก ความพิการทุพพลภาพ สูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการเสียชีวิต รวมทั้ง ส่งผลในด้านจิตใจและสังคม เช่น ภาวะกลัวการหกล้ม อารมณ์ซึมเศร้า ติดเตียงทำให้เป็นภาระต่อญาติผู้ดูแลและสังคมในระยะยาว (Institute of Geriatric Medicine, 2019)

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยง จำแนกเป็นปัจจัยภายใน (intrinsic factors) ได้แก่ ความเสื่อมถอยของระบบการทำงานของร่างกายที่มีผลต่อการทรงตัว เช่น การมองเห็น การได้ยิน การมีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง และการดื่มสุรา (World Health Organization, 2021) ผู้สูงอายุที่มีประวัติการพลัดตกหกล้มในรอบปี มีปัญหาในด้านปัญหาการทรงตัว การเคลื่อนไหว การเดิน มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ อ้วน และอ้วนมาก มีโอกาสเสี่ยงหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุปกติ รวมทั้ง การใช้ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิตสูงเป็นประจำ รวมทั้งผู้ที่มีปัญหาการได้ยิน มีโอกาสเสี่ยงหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหา (Bunjonglikitsarn et al., 2025) ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ลักษณะสภาพแวดล้อมทางกายภาพในบ้านหรือชุมชน พื้นผิวลื่นหรือไม่เรียบ ไม่มีราวจับบริเวณบ้าน และการมีแสงสว่างไม่เพียงพอ (Institute of Geriatric Medicine, 2019) และปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ รายได้ไม่เพียงพอ ไม่ได้เรียนหนังสือ สภาพบ้านไม่เหมาะสม รวมทั้ง ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรของชุมชน (Montero-Odasso et al., 2022) หรือสิ่งแวดล้อมบริเวณรอบบ้านมีทางลาดชัน เป็นต้น (Rachmee et al., 2022) สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการหกล้ม คือ การสะดุดพื้น ด้านสถานที่ที่เกิดการหกล้มพบว่า ส่วนใหญ่เกิดบริเวณภายในบ้าน และเกิดกับผู้สูงอายุหญิง (National Statistical Office, 2023)

การป้องกันที่มีประสิทธิภาพต้องมีการจัดการทั้งปัจจัยภายในและภายนอก (Institute of Geriatric Medicine, 2019) ป้องกันความเสี่ยงทั้งในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปรับสิ่งแวดล้อม (Montero-Odasso et al., 2022) โดยมีแนวทางที่สำคัญคือ การประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะหกล้ม โดยการสอบถามประวัติ การตรวจร่างกาย และการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยง (Institute of Geriatric Medicine, 2019) สำหรับการประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะหกล้มโดยใช้เครื่องมือประเมินเป็นหลัก พบว่า การใช้เครื่องมือมากกว่าหนึ่งชนิดมีความแม่นยำมากกว่าการใช้เครื่องมือเพียงชนิดเดียว (Strini et al., 2021) แบบประเมินการพลัดตกหกล้มในชุมชน ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย คือ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Thai falls risk assessment test: Thai FRAT) เป็นแบบประเมินความเสี่ยงในการหกล้มที่มีการประเมินทั้งปัจจัยเสี่ยงภายใน และภายนอก โดยพิจารณาจากเพศ การมองเห็น การทรงตัว การใช้ยา ประวัติการล้ม และสภาพบ้านที่อยู่อาศัย มีคะแนน 0-11 คะแนน จุดตัดคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน จึงถือว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Thiamwong et al., 2008)

จังหวัดลำปางเป็นสังคมสูงอายุแบบสุดยอด (super aged society) มีประชากรผู้สูงอายุ 179,337 คน คิดเป็นร้อยละ 34.19 (Health Data Center: HDC, 2024) ข้อมูลของกรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2565 – 2567 พบว่า อัตราผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาด้วยสาเหตุจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

60 ปีขึ้นไป ในอัตราต่อแสนประชากร เท่ากับ 7768, 3981 และ 8844 ตามลำดับ โดยเฉพาะในอำเภอห้างฉัตร คิดเป็นอัตราต่อแสนประชากร เท่ากับ 325.10, 364.81 และ 324.41 ตามลำดับ มีการประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลห้างฉัตร ทำการประเมินผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตรับผิดชอบประมาณ 10 หลังคาเรือนต่อคน ได้แก่ สำรวจและจัดทำข้อมูลสุขภาพ จัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในครัวเรือน ฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ติดตามโรคติดต่อและไม่ติดต่อเรื้อรัง คัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพ เยี่ยมบ้านติดตามภาวะสุขภาพ และส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเพื่อบันทึกในระบบบริการ (Hospital Information System) และส่งออก 43 แฟ้มไฟล์เข้าระบบระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้ง การประเมินความเสี่ยงต่อพลัดตกหกล้ม เป็น 1 ใน 9 ด้านของการคัดกรอง โดยใช้ผลการประเมินจาก Timed Up and Go test และหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา (Department of disease control, 2022)

การศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำเว็บแอปพลิเคชันมาใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า ขั้นตอนการประเมินการหกล้มในผู้สูงอายุมีความชัดเจน และเข้าใจง่าย (Puttawanchai et al. (2022) แต่ยังคงขาดการประมวลผลในรูปแบบการสรุปผลการประเมินความเสี่ยงแบบทันทีทันใด (real-time) รวมทั้งแบบประเมิน 9 ด้านที่ใช้ เป็นเพียงปัจจัยภายใน 2 รายการ สำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม คือ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (Time Up and Go Test: TUGT) หรือ ประวัติหกล้มภายใน 6 เดือน หากผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งจะแปลผลว่ามีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม แต่ยังคงขาดการประเมินปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ร่วมกับโรงพยาบาลห้างฉัตร มีจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการคัดกรองมากถึง 2,500 คน ทำให้ต้องใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลเข้าระบบบริการ ผู้วิจัยจึงสนใจงานวิจัยนำแนวปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน (Mae Hong Son Provincial Health Office: MHSO, 2021) มาต่อยอดเป็นเว็บแอปพลิเคชันประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนสำหรับ อสม. ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Thai FRAT) และความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้าน (house risk) เพื่อให้มีความครอบคลุมในการประเมินผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน และประมวลผลได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนในด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

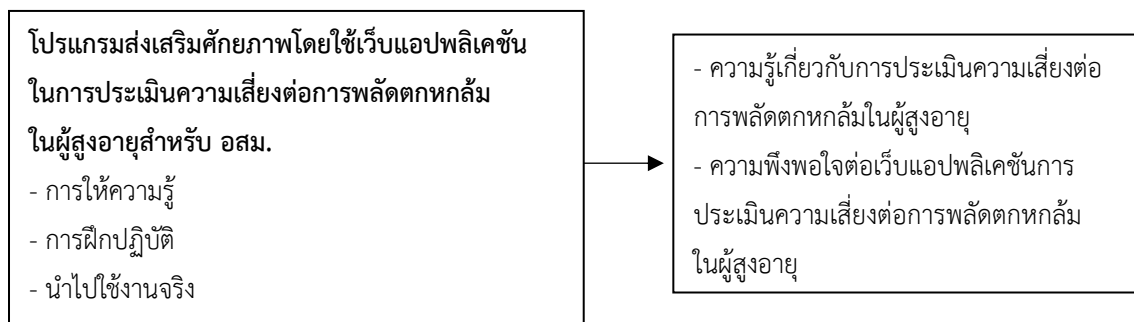
### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุระหว่าง อสม. กลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพโดยใช้เว็บแอปพลิเคชันในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน และกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และความพึงพอใจต่อการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนของ อสม. ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพโดยใช้เว็บแอปพลิเคชันในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

เว็บแอปพลิเคชันในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง พัฒนาจากแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Thai FRAT) (Thiamwong et al., 2008) และความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน (Mae Hong Son Provincial Health Office: MHSO, 2021) ผ่านเว็บแอปพลิเคชันที่พัฒนาบนพื้นฐานของโปรแกรม Linux ทำงานใน server และใช้ Apache เป็น Web server เก็บข้อมูลด้วย MySQL Database เพื่อให้บริการระบบงาน ทั้งหมดผ่านอินเทอร์เน็ต และใช้งานผ่านเว็บเบราว์เซอร์ ด้วยภาษา PHP (Yii framework) สำหรับ อสม.เข้าถึงได้ที่ <http://61.7.235.120/cd/index.php?r=fallriskhang%2Findex> หรือ ภายใต้นวัตกรรมเครื่องมือที่ไม่ซับซ้อน และประมวลผลได้ถูกต้อง และรวดเร็วส่งผลให้ อสม. มีความรู้ และความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชันการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพโดยใช้เว็บแอปพลิเคชันในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (quasi experimental research: two groups pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม - พฤศจิกายน 2568 รายละเอียด ดังนี้

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของตำบลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ในปีงบประมาณ 2568 จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของตำบลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากโปรแกรม G\*Power 3 (Faul et al., 2007) สำหรับสถิติการทดสอบที่ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน เลือกรทดสอบทางเดียว กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของ Supprasert et al. (2024) เท่ากับ .77 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .90 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) มีอายุ 20-65 ปี 2) มีประสบการณ์ในการเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) มีประสบการณ์ในการคัดกรองโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม อย่างน้อย 1 ครั้ง 4) สามารถใช้โทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟนได้ดี และ 5) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ดี กำหนดเกณฑ์คัดออก คือ ลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือกจนครบตามจำนวน 60 คน และทำการจับคู่ (matched-pair) ตามอายุ และระดับการศึกษา และจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลาก

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ เว็บแอปพลิเคชันการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน โดยผู้วิจัยสร้างจากแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Thai FRAT) ได้แก่ 1) เพศ 2) การทดสอบสมรรถภาพด้านสายตาและการมองเห็น โดยการนับนิ้วได้ในระยะ 3 เมตร 3) การทดสอบสมรรถภาพด้านการทรงตัว Timed Up and Go Test (TUGT) 4) ความเสี่ยงต่อการไถ่ของที่ส่งผลต่อการทรงตัว 5) ประวัติการล้ม 6) ประวัติการเจ็บป่วยหรือมีวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการหกล้มสูง และความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้าน (house risk) ประกอบด้วย 1) สภาพบ้านที่อยู่อาศัย 2) พื้นบ้าน ทางเดิน และพื้นห้องน้ำ 3) เติียงนอน/ที่นอน 4) ห้องน้ำ/ห้องส้วม 5) ความเสี่ยงจากการใช้ห้องน้ำ (Mae Hong Son Provincial Health Office: MHSO, 2021) มีเกณฑ์การให้คะแนน Thai FRAT และ House Risk ดังนี้ คะแนน 0-7 อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ คะแนน 8-14 อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง และ คะแนน 15-20 อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง

เว็บแอปพลิเคชันการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนนี้ ผู้ใช้งานครั้งแรกต้องใช้ระบุตัวตนจากผู้ใช้งาน และรหัสผ่านก่อนเข้าเว็บแอปพลิเคชัน ประกอบด้วย 2 เมนู คือ เมนูค้นหารายชื่อผู้สูงอายุ เมนูการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัด และสรุปผลการประเมิน แบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง และแนวทางการดูแลตามรายการที่ไม่ผ่าน มีการแสดงผลการประเมิน และแปลผล ดังภาพ 2

ภาพ 2 เมนูการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และการแปลผลการประเมิน

## 2. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถาม มี 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มี 2 คำตอบ คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คิดคะแนนรวมระหว่าง 0-10 คะแนน จำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มากกว่าหรือเท่ากับ 8.00 คะแนน หมายถึง ระดับดีเยี่ยม

ระหว่าง 6.01 – 7.99 คะแนน หมายถึง ระดับดี

น้อยกว่า 6.00 คะแนน หมายถึง ระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อเว็บแอปพลิเคชันการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่าง มากที่สุด ให้คะแนน 5 ตามลำดับจนถึงน้อยที่สุด ให้คะแนน 1 คิดคะแนนเฉลี่ย จำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระหว่าง 4.51-5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด

ระหว่าง 3.51-4.50 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ระหว่าง 2.51-3.50 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

ระหว่าง 1.00-1.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ เวชปฏิบัติชุมชน และสาธารณสุขชุมชน พิจารณาความถูกต้องเหมาะสม

ของข้อความ ความถูกต้องครอบคลุมด้านเนื้อหาและการใช้ภาษา โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ หรือเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) ระหว่าง .67 – 1.00 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ อสม.ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR 20) สำหรับแบบสอบถามความรู้อันได้เท่ากับ .90 และค่า ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามความพึงพอใจมีค่าเท่ากับ .80

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์และลงนามยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย จากนั้นให้ทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (pretest) และมอบหมายให้ อสม.กลุ่มควบคุม ทำการคัดกรองผู้สูงอายุที่รับผิดชอบตามแบบประเมินที่อยู่ในคู่มือแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการมองเห็น 2) ด้านความคิดความจำ 3) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (Time Up and Go Test: TUGT) ใช้เกณฑ์ประเมินไปและกลับ รวม 6 เมตร ถ้าใช้เวลาเดินทางมากกว่า 12 วินาที หรือเคยมีประวัติหกล้มภายใน 6 เดือน ข้อใดข้อหนึ่ง แปลผลเป็นมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 4) การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม 5) ด้านการกลืนปัสสาวะ 6) ด้านสุขภาพช่องปาก 7) ด้านการซึมเศร้า 8) ด้านการได้ยิน และ 9) ด้านการขาดสารอาหาร โดยแจกเป็นรูปแบบเอกสารพร้อมคู่มือการประเมิน

### 2. ดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1 ให้ความรู้เรื่องการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน เนื้อหาเกี่ยวกับสถานการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อันตรายจากการหกล้มในผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ผลกระทบจากการหกล้มในผู้สูงอายุ วิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Thai FRAT and House Risk) โดยใช้เว็บแอปพลิเคชัน ชี้แจงรายละเอียดการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และให้ความรู้เรื่องการประเมินและข้อควรระวัง รวมทั้งมีการฝึกปฏิบัติในรายการประเมินความสามารถในการเดินด้วยวิธี Time Up and Go Test (TUG) และมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงระหว่างการประเมิน ฝึกทักษะการวัดสายตาด้วยวิธีนับนิ้ว และการออกกำลังกายเพื่อการทรงตัวในผู้สูงอายุ

2.2 มอบหมายให้ อสม. นำเว็บแอปพลิเคชันไปใช้จริงกับผู้สูงอายุคนละ 10 ราย โดยใช้เวลารายละ 10-15 นาที

2.3 ในสัปดาห์ที่ 4 นัดหมายกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมาตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest) และเปิดโอกาสให้กลุ่มควบคุมให้ได้ใช้งานเว็บแอปพลิเคชัน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คำนวณจากแบบสอบถามความรู้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน และความพึงพอใจต่อการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความเท่าเทียมของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

3. ทดสอบการกระจายเป็นปกติ (normality) ของข้อมูลคะแนนจากแบบสอบถามความรู้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน และความพึงพอใจต่อการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า  $p\text{-value} > .05$

2. เปรียบเทียบความรู้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนของ อสม. ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้เว็บแอปพลิเคชันในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

3. เปรียบเทียบความรู้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน และความพึงพอใจต่อการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนของ อสม. ระหว่างก่อนและหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชันในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย โดยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง รหัสโครงการ E2567-085 อนุมัติเมื่อวันที่ 13 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.00 มีอายุเฉลี่ย 53.70 ปี ( $SD = 7.79$ ) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.00 และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 66.7 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.33 มีอายุเฉลี่ย 53.93 ปี ( $SD = 8.94$ ) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 97.00 และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.67 ผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในอายุ เพศ และระดับการศึกษา รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

| รายการ                | กลุ่มควบคุม (n = 30)<br>จำนวน (ร้อยละ) | กลุ่มทดลอง (n = 30)<br>จำนวน (ร้อยละ) | ค่าสถิติ | p-value |
|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------|
| <b>เพศ</b>            |                                        |                                       |          |         |
| ชาย                   | 2 (6.67)                               | 3 (10.00)                             | .24      | .80     |
| หญิง                  | 28 (93.33)                             | 27 (90.00)                            |          |         |
| <b>อายุ (ปี)</b>      | (M = 53.70, SD = 8.94)                 | (M = 53.93, SD = 7.79)                |          |         |
| 30-40                 | 4 (13.33)                              | 2 (6.67)                              | .58      | .23     |
| 41-50                 | 5 (16.67)                              | 7 (23.33)                             |          |         |
| 51-60                 | 12 (40.00)                             | 13 (43.33)                            |          |         |
| 61-70                 | 9 (30.00)                              | 8 (26.67)                             |          |         |
| <b>สถานภาพ</b>        |                                        |                                       |          |         |
| โสด                   | 2 (6.67)                               | 6 (20.00)                             | 4.18     | .17     |
| สมรส                  | 27 (90.00)                             | 18 (60.00)                            |          |         |
| หม้าย/แยกกันอยู่      | 1 (3.33)                               | 6 (20.00)                             |          |         |
| <b>อาชีพ</b>          |                                        |                                       |          |         |
| ไม่ได้ทำงาน           | 2 (6.67)                               | 7 (23.33)                             | 9.46     | .06     |
| เกษตรกรกรรม           | 9 (30.00)                              | 2 (6.67)                              |          |         |
| รับจ้างทั่วไป         | 11 (36.67)                             | 5 (16.7)                              |          |         |
| ค้าขาย                | 7 (23.33)                              | 15 (50.00)                            |          |         |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 1 (3.33)                               | 1 (3.33)                              |          |         |
| <b>ระดับการศึกษา</b>  |                                        |                                       |          |         |
| ประถมศึกษา            | 7 (23.33)                              | 5 (16.70)                             | .83      | .21     |
| มัธยมศึกษา            | 20 (66.67)                             | 20 (70.00)                            |          |         |
| อนุปริญญา/ปวส         | 1 (3.33)                               | 3 (10.00)                             |          |         |
| ปริญญาตรี             | 2 (6.67)                               | 2 (6.70)                              |          |         |

2. การเปรียบเทียบความรู้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ของ อสม. ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพโดยใช้เว็บแอปพลิเคชันในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน และกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชันในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน อสม.กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ของ อสม. ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| การทดสอบ     | กลุ่มควบคุม (n=30) |      | กลุ่มทดลอง (n=30) |      | Mean difference | t      | p-value |
|--------------|--------------------|------|-------------------|------|-----------------|--------|---------|
|              | M                  | SD   | M                 | SD   |                 |        |         |
| ก่อนการทดลอง | 7.66               | 1.49 | 7.83              | 0.83 | -0.17           | -.53   | .29     |
| หลังการทดลอง | 7.96               | 1.27 | 8.56              | 1.07 | 0.60            | -1.97* | .02     |

\* $p < .05$

3. การเปรียบเทียบความรู้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ของ อสม.และความพึงพอใจต่อการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของ อสม. ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพโดยใช้เว็บแอปพลิเคชัน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และความพึงพอใจเพิ่มขึ้น สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความพึงพอใจต่อการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ของ อสม. ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม

| ตัวแปร      | ก่อนการทดลอง (n = 30) |      | หลังการทดลอง (n = 30) |      | Mean difference | t      | p-value |
|-------------|-----------------------|------|-----------------------|------|-----------------|--------|---------|
|             | M                     | SD   | M                     | SD   |                 |        |         |
| ความรู้     | 7.83                  | .83  | 8.56                  | 1.07 | -2.95           | 3.00** | <.01    |
| ความพึงพอใจ | 29.83                 | 3.06 | 35.63                 | 4.13 | -6.78           | 6.35** | <.01    |

\*\* $p < .01$

## การอภิปรายผล

การเปรียบเทียบความรู้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม อสม.กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 0.1 ตามลำดับ เนื่องจากการโปรแกรมมีกิจกรรมในการให้ความรู้เรื่องการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน เกี่ยวกับสถานการณ์การพลัดตกหกล้ม ปัจจัยเสี่ยง อันตราย ผลกระทบจากการหกล้มในผู้สูงอายุ และวิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้ม รวมทั้งการได้รับการสาธิต และทดลองฝึกปฏิบัติการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยใช้เว็บแอปพลิเคชัน ซึ่งเป็นวิธีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (adult learning) และสร้างการยอมรับและการใช้เทคโนโลยี (Unified Theory of Acceptance and Use of Technology: UTAUT) ซึ่งเชื่อว่าการใช้เทคโนโลยีจะช่วยให้ผู้ใช้สามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Venkatesh et al., 2003) และเพื่อยกระดับการทำงานของ อสม.ให้ทันสมัยตามนโยบาย “smart อสม.” ของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ Supprasert et al. (2024) พบว่า อสม. ที่ได้รับความรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ในผู้สูงอายุ และพัฒนาทักษะจากการสาธิต และการประเมินย้อนกลับ พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติร่วมด้วย มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ความพึงพอใจต่อการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองใช้เว็บแอปพลิเคชัน อสม.มีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากแอปพลิเคชันออกแบบภายใต้แนวคิดการใช้เครื่องมือที่ไม่ซับซ้อน ประมวลผลได้ถูกต้อง และทันท่วงที ส่งผลให้ อสม. มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Puttawanchai et al. (2022) พบว่า การใช้แอปพลิเคชันการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ มีความง่ายต่อการนำไปใช้งาน แต่ในการศึกษานี้มีการต่อยอดโดยการเพิ่มรายการประเมินความเสี่ยงครอบคลุมด้านสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับ แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ (Institute of Geriatric Medicine, 2019) นอกจากนี้ การให้ อสม.ได้นำเว็บแอปพลิเคชันไปทดลองปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุ จำนวน 10 ราย เป็นการฝึกทักษะซ้ำ จนเกิดความเชื่อมั่นในตนเองสำหรับการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน สอดคล้องหลักการสำคัญของทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) เชื่อว่า จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจ ความพยายาม และความต่อเนื่องในการปฏิบัติหน้าที่ จึงส่งผลให้ อสม.มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ใช้แนวคิดนี้ในการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ในการใช้โมบายแอปพลิเคชันเพื่อประเมินและให้ความรู้ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Magteppong et al., 2022) นอกจากนี้ แอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นมีการประมวลผลรวดเร็ว ทีมสุขภาพสามารถดูผลการประเมินผ่านหน้าเว็บแอปพลิเคชันได้ทันที และมีการติดตามประเมินซ้ำในรายที่มีความเสี่ยงสูงได้ รวมทั้ง สามารถใช้ในการวางแผนการช่วยเหลือในด้านสังคมต่อไป ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงเมนูการคัดกรองในแอปพลิเคชัน “smart อสม.” ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### ข้อจำกัดของการวิจัย

เว็บแอปพลิเคชันมีการใช้ผ่านผ่านสมาร์ตโฟน จึงมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความเสถียรของเครือข่ายสัญญาณอินเทอร์เน็ต ทำให้มีความล่าช้าในการบันทึกและประมวลผลข้อมูล รวมทั้ง ข้อจำกัดของความคล่องแคล่วในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของ อสม.ที่มีอายุมาก

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพัฒนาต่อยอดเว็บแอปพลิเคชันในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุสำหรับ อสม. ให้สามารถนำไปใช้ครอบคลุมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย และการติดตามตามผลลัพธ์ด้านอุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มต่อไป รวมทั้ง การพัฒนาให้สามารถใช้งานแบบออฟไลน์ เพื่อแก้ปัญหาสัญญาณอินเทอร์เน็ต

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยติดตามผลการนำเว็บแอปพลิเคชันไปใช้ในระยะยาว และติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม/ หกล้มซ้ำ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

### เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman.
- Bunjonglikitsarn, K., Oujalarn, N., Kaweewuthisinp, T., Tianjaruwattana, S., Bunloet, A., & Seeooppalat, N. (2025). Prevalence and associated factors of fall risk among older adult patients at the outpatient department of Srinagarind Hospital, Khon Kaen Province. *Srinagarind Medical Journal*, 40(5), 565–574. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2022). *Fall data*. <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23567&deptcode=> (in Thai)
- Division of Injury Prevention, Department of Disease Control. (2023). *Fall prevention in the elderly*. <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23843> (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Health Data Center, Lampang Provincial Health Office. (2024). *Population pyramid*. <https://hdc.moph.go.th/lpg/public/main> (in Thai)
- Institute of Geriatric Medicine. (2019). *Clinical practice guidelines for fall prevention and assessment in older adults*. [http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/01/book\\_9.pdf](http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/01/book_9.pdf) (in Thai)
- Mae Hong Son Provincial Health Office (MHSO). (2021). *Guidelines for Implementation: Falls Prevention Focus Area in Health Region 1*. Mae Hong Son Provincial Health Office. (in Thai)
- Magteppong, W., Triamlumlerd, S., & Kongsuwan, P. (2022). The development of a mobile application for assessing dementia and educating village health volunteers on the prevention and caring for dementia patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 15(3), 88-103. (in Thai)

- Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M., ... Masud, T. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: A global initiative. *Age and Ageing*, 51(9), afac205. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
- National Statistical Office. (2023). *The 2023 Survey of The Older Persons in Thailand*. [https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey\\_detail/2024/20240328112409\\_39023.pdf](https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20240328112409_39023.pdf) (in Thai)
- Puttawanchai, V., Dangkrajang, S., & Puengtanom, S. (2022). Application development for fall risk assessment in older adults by village health volunteers. *Journal of Health Science Research*, 16(3), 26–38. (in Thai).
- Rachmee, W., Jumpang, T., & Suksangpanya, L. (2022). *Factors affecting falling and falling in elderly health region 6*. Health Promotion Center Region 6, Chonburi. (in Thai)
- Strini, V., Schiavolin, R., & Prendin, A. (2021). Fall risk assessment scales: A systematic literature review. *Nursing Reports*, 11(2), 430-443. <https://doi.org/10.3390/nursrep11020041>
- Supprasert, W., Kanngam, P., & Sentiya, M. (2024). Effects of village health volunteer capacity development program on multifactorial fall prevention in elderly in Chonburi Province. *KKU Journal for Public Health Research*, 17(2), 68-83. (in Thai)
- Thiamwong, L., Thamarpirat, J., Maneesriwongul, W., & Jitapunkul, S. (2008). Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling Thai elderly. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 91(12), 1823-1832.
- Venkatesh, V., Morris, M.G., Davis, G.B., & Davis, F.D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*, 27(3), 425-478. <https://doi.org/10.2307/30036540>
- World Health Organization. (2021). *Step safely: Strategies for preventing and managing falls across the life-course*. <https://www.who.int/publications/i/item/978924002191-4>

## บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์สำหรับพยาบาลหัวหน้าทีม  
ต่อการทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลตติภูมิแห่งหนึ่ง

Effects of the GROW Coaching Program Combined with an Electronic  
Manual for Nurse Team Leaders on Perceived Teamwork among Nurses  
in the Surgical Department of a Tertiary Hospital

กานต์พิชชา ไชยชาติกิตติยศ<sup>1</sup>, เนตรชนก ศรีทும்มา<sup>2\*</sup>, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย<sup>3</sup>

Kanpitcha Chaiyachartkittiyos<sup>1</sup>, Netchanok Sritoomma<sup>2\*</sup>, Phechnoy Singchangchai<sup>3</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding e-mail: netchanoks@christian.ac.th)

(Received: January 27, 2026; Revised: May 12, 2026; Accepted: May 13, 2026)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกศัลยกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และ 2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานศัลยกรรม จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัยมี 2 ชุดได้แก่ 1) โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์สำหรับพยาบาลหัวหน้าทีม และ 2) แบบสอบถามการทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของพยาบาล ซึ่งค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.15, SD = .41$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.15, SD = .36$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 9.29, p < .001$ ) และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.18, SD = .25$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 8.91, p < .001$ )

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Graduate Student in Master of Nursing Science Program, College of Nursing, Christian University of Thailand

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Assistant Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand

<sup>3</sup> ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand

โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์สำหรับพยาบาลหัวหน้าทีม สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมและคุณภาพการบริการพยาบาล

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์, การรับรู้การทำงานเป็นทีม, พยาบาลหัวหน้าทีม, คู่มืออิเล็กทรอนิกส์

## Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group pretest-posttest design. The objectives were to: 1) compare mean teamwork scores as perceived by surgical ward nurses between the experimental group receiving the GROW Coaching Program combined with an electronic manual for nurse team leaders and the control group receiving routine practice, and 2) compare mean perceived teamwork scores in the experimental group before and after program participation. The sample consisted of 52 professional nurses working in the surgical department, purposively selected and divided equally into experimental and control groups of 26 participants each. Two research instruments were used: 1) the GROW Coaching Program combined with an electronic manual for nurse team leaders, and 2) a perceived teamwork questionnaire with a Cronbach's alpha reliability coefficient of .95. Data were analyzed using descriptive statistics and a t-test.

The results revealed that after program participation, the experimental group demonstrated significantly higher mean overall teamwork scores at a high level ( $M = 4.15$ ,  $SD = .41$ ) than the control group at a moderate level ( $M = 3.15$ ,  $SD = .36$ ) ( $t = 9.29$ ,  $p < .001$ ), and significantly higher than their pre-program scores at a moderate level ( $M = 3.18$ ,  $SD = .25$ ) ( $t = 8.91$ ,  $p < .001$ ) at the .05 level of significance.

The GROW Coaching Program, combined with an electronic manual for nurse team leaders, can be applied as a guideline to enhance teamwork among professional nurses in tertiary hospitals, improving team performance efficiency and the quality of nursing care.

**Keywords:** GROW coaching program, Perceived teamwork, Nurse team leaders, Electronic manual

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การทำงานเป็นทีม (teamwork) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจในงาน และอัตราการคงอยู่ในงานของพยาบาล รวมถึงช่วยป้องกันการขาดแคลนบุคลากร (Bragadóttir et al., 2023) โดยเฉพาะในโรงพยาบาลตติยภูมิ

ที่มีความซับซ้อนสูง การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร (Georgiou et al., 2021) โดยแนวคิดการทำงานเป็นทีมของ Robbins (2005) ให้ความหมายการทำงานเป็นทีม ว่าเป็นการทำงานร่วมกันของกลุ่มบุคคลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การวางแผนการทำงานเป็นทีม การกำหนดลักษณะการทำงานเป็นทีม การจัดการทำงานทีมพยาบาล และการออกแบบกิจกรรมหลักของทีมพยาบาล นอกจากนี้ ผู้นำพยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย ส่งเสริมวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ และสนับสนุนให้พยาบาลบรรลุผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย (Nurmeksela et al., 2023) และภาวะผู้นำและทักษะของหัวหน้าทีมพยาบาลมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อระดับการทำงานเป็นทีม (Cummings et al., 2018) การพัฒนาทักษะหัวหน้าทีมพยาบาลจึงเป็นกุญแจสำคัญในการยกระดับการทำงานเป็นทีมและคุณภาพการพยาบาล ผ่านการนิเทศทางการพยาบาลซึ่งเป็นกระบวนการหลักที่ใช้ในการพัฒนาทักษะดังกล่าว

การนิเทศทางการพยาบาล (nursing supervision) เป็นกิจกรรมหลักในวิชาชีพการพยาบาล และเป็นเส้นทางสำคัญในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และมาตรฐานการปฏิบัติงานของพยาบาล (Atashi et al., 2024) การนิเทศแบบดั้งเดิมที่เน้นการตรวจสอบและควบคุมตามสายบังคับบัญชา ถูกมองว่าเป็นการคุกคามและอาจนำไปสู่การลงโทษทางวินัย ทำให้พยาบาลไม่กล้าแสดงออก ส่งผลให้บรรยากาศการทำงานขาดความร่วมมือในการทำงานเป็นทีม (Atashi et al., 2024) การโค้ช (coaching) ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการหนึ่งของการนิเทศทางการพยาบาล ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรมากกว่าการตรวจสอบควบคุม เน้นการพัฒนา กระตุ้นให้ผู้รับการโค้ชค้นพบแนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง และส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านบทบาทของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Richardson et al., 2023) การโค้ช หมายถึง กระบวนการที่ผู้โค้ชช่วยเปิดศักยภาพของบุคคล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้สูงสุด โดยเน้นการเรียนรู้มากกว่าการสอน และกระตุ้นให้ผู้รับการโค้ชค้นพบคำตอบด้วยตนเอง ผ่านการตั้งคำถามและการสะท้อนคิด และได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางการพัฒนาบุคลากรที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการโค้ชที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนาบุคลากร คือ GROW Model มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ G: goal การกำหนดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ R: reality การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันตามความเป็นจริง O: options การสำรวจทางเลือกและแนวทางแก้ปัญหา และ W: will/way forward การวางแผนปฏิบัติและมุ่งสู่เป้าหมาย (Whitmore, 2017) ซึ่งมีสร้างโครงสร้างที่ชัดเจนในการตั้งคำถามเชิงพัฒนา กระตุ้นให้ผู้รับการโค้ชคิดวิเคราะห์ และแก้ปัญหาด้วยตนเอง

มีงานวิจัยในบริบทการพยาบาลที่ยืนยันประสิทธิผลของ GROW Model ได้แก่ Tharapaisansuk et al. (2019) พบว่าสามารถพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ Budsree et al. (2020) รายงานว่าพยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติงานสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Rattanaburee et al. (2023) ศึกษาผลต่อสมรรถนะของพยาบาลจบใหม่ และ Rungrueng et al. (2024) ศึกษาผลต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผลการศึกษาสอดคล้องกันว่า การโค้ชแบบโกรว์สามารถส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะและประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน

ของพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาการโค้ชแบบโกรว์ในรูปแบบการนิเทศแบบตัวต่อตัว ซึ่งมีข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ โดยเฉพาะสำหรับพยาบาลที่มีภาระงานสูง

ปัจจุบันมีการนำรูปแบบการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการการศึกษาทางการพยาบาล ดังการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิปรายพบว่า การเรียนรู้ผ่านอุปกรณ์การสื่อสารเคลื่อนที่ (mobile learning) พบว่ามีประสิทธิผลสูงในการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาล (Kim & Park, 2021) และการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลช่วยสนับสนุนการพัฒนาทักษะวิชาชีพของบุคลากรสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Guillaume et al., 2022) การผสมผสานระหว่างโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ (electronic manual) จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการพัฒนาการทำงานเป็นทีมของพยาบาล เนื่องจากคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อช่วยให้สามารถเข้าถึงแนวทางการโค้ช เทคนิคการสื่อสาร และตัวอย่างการปฏิบัติที่เหมาะสมได้ตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านอุปกรณ์การสื่อสารเคลื่อนที่ ทบทวนเนื้อหาได้ตามความต้องการ และนำไปประยุกต์ใช้ได้ทันทีในสถานการณ์จริง

โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลขนาด 600 เตียง ซึ่งผู้บริหารให้ความสำคัญกับการนิเทศและการทำงานเป็นทีมของพยาบาล จากข้อมูลการประเมินผลการปฏิบัติงานของกลุ่มงานศัลยกรรม ปี 2567 พบข้อจำกัดด้านการประสานงาน การแบ่งปันข้อมูล และการสื่อสารภายในทีม รูปแบบการนิเทศที่ใช้อยู่ยังคงเป็นเชิงควบคุมมากกว่าการมีส่วนร่วม ส่งผลให้บรรยากาศการทำงานขาดความร่วมมือ และการพัฒนาเชิงรุก มีรูปแบบการสื่อสารจากบนลงล่าง มีการตัดสินใจโดยผู้บริหารระดับบนมากกว่าระดับล่าง ทำให้บุคลากรไม่กล้าแสดงออก ส่งผลให้การทำงานเป็นทีมมีลักษณะเชิงควบคุมมากกว่าการร่วมมือ (Surgical Nursing Department, Anonymous Tertiary Hospital, 2025) ซึ่งให้เห็นว่าหัวหน้าทีมพยาบาลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะการโค้ช เพื่อเปลี่ยนบทบาทจากการนิเทศแบบสั่งการและตรวจสอบ มาเป็นการโค้ชเพื่อพัฒนาศักยภาพทีม อันจะนำไปสู่การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์สำหรับพยาบาลหัวหน้าทีมต่อการทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกศัลยกรรม เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนาทักษะการโค้ชและการทำงานเป็นทีม นำไปสู่ประสิทธิภาพการทำงานร่วมเป็นทีมการพยาบาลที่ดี

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

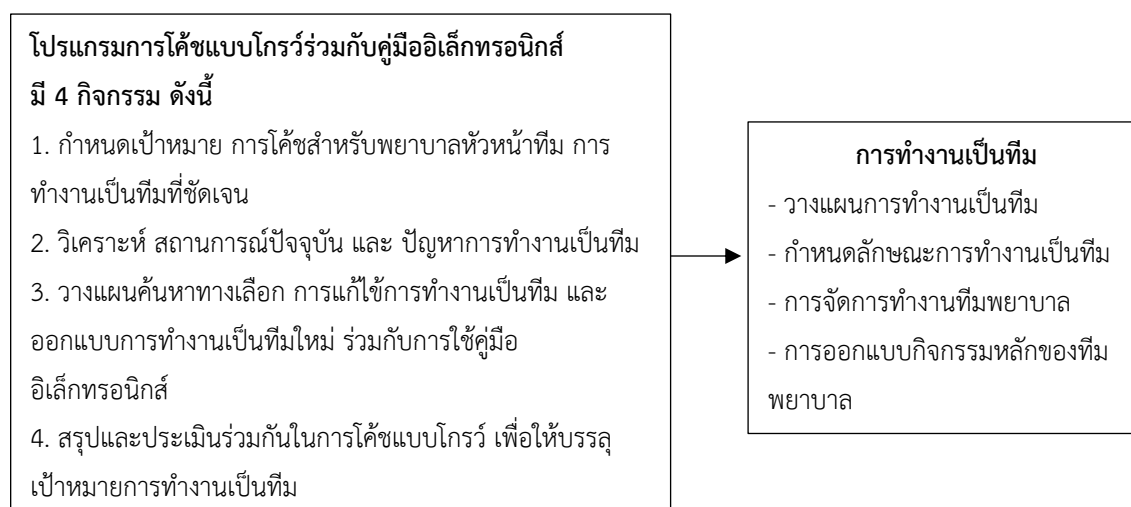
1. เพื่อเปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกศัลยกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์สำหรับพยาบาลหัวหน้าทีม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกศัลยกรรมกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์สำหรับพยาบาลหัวหน้าทีม

## สมมติฐานการวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์สำหรับพยาบาลหัวหน้าทีม พยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมตามการรับรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการโค้ชแบบโกรว์ของ Whitmore (2017) มาออกแบบ โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์สำหรับพยาบาลหัวหน้าทีม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) กำหนดเป้าหมายการโค้ชสำหรับพยาบาลหัวหน้าทีมด้านการทำงานเป็นทีมที่ชัดเจน (G: goal) 2) วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาการทำงานเป็นทีม (R: reality) 3) วางแผนค้นหาทางเลือกการ แก้ไขการทำงานเป็นทีม และออกแบบการทำงานเป็นทีมใหม่ร่วมกับการใช้คู่มืออิเล็กทรอนิกส์ (O: options) และ 4) สรุปและประเมินผลร่วมกันในการโค้ชแบบโกรว์เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการทำงานเป็นทีม (W: will/ wrap-up) เพื่อบรรลุเป้าหมายการทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกศัลยกรรม ตามแนวคิดของ Robbins (2005) ได้แก่ 1) การวางแผนการทำงานเป็นทีม 2) การกำหนดลักษณะการทำงานเป็นทีม 3) การจัดการทำงานทีมพยาบาล และ 4) การออกแบบกิจกรรมหลักของทีมพยาบาล โดยมีกรอบแนวคิด ดังภาพ



**ภาพ** กรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์สำหรับ พยาบาลหัวหน้าทีมต่อการทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลตติภูมิ แห่งหนึ่ง

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการ ทดลอง (two-groups pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ. 2568 รายละเอียด ดังนี้

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในปีงบประมาณ 2568 จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ศัลยกรรมชาย 2 ศัลยกรรมหญิง และศัลยกรรมอุบัติเหตุของโรงพยาบาลตติยภูมิที่แห่งหนึ่ง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1 (Faul et al., 2007) สำหรับสถิติการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน การทดสอบทางเดียว กำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (error) เท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) อ้างอิงจากงานวิจัยของ Budsree et al. (2020) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัย จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน รวมทั้งสิ้น 52 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 2) มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ยังไม่หมดอายุ 3) ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าทีมมาอย่างน้อย 3 เดือน 4) ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษาต่อ/ การลาคลอด และ 5) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาของโปรแกรม และมีเกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือถูกย้ายไปทำงานแผนกอื่น หรือเจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้

คัดเลือกแบบกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ข้างต้น และคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (cluster randomization) ตามแผนกที่ปฏิบัติงาน โดยมีเงื่อนไขว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมต้องไม่ปฏิบัติงานในแผนกที่อยู่มีสถานที่ตั้งอยู่ในอาคารเดียวกัน เนื่องจากป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล โดยได้กลุ่มทดลอง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 และศัลยกรรมชาย 2 ส่วนกลุ่มควบคุม คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิง และศัลยกรรมอุบัติเหตุ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์สำหรับพยาบาลหัวหน้าทีม ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Whitmore (2017) และ Robbins & Judge (2019) ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แผนการอบรม "One Day Coaching with GROW" ประกอบด้วย การบรรยาย การฝึกปฏิบัติการวิเคราะห์สถานการณ์จำลอง การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้โค้ชและผู้รับการโค้ช การกำหนดแผนและเป้าหมายตาม GROW Model การติดตามและสนับสนุนการแก้ปัญหาในหน่วยงาน และ 2) คู่มืออิเล็กทรอนิกส์การโค้ชแบบโกรว์สำหรับพยาบาลหัวหน้าทีม ที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับหลักการโค้ชแบบโกรว์ในรูปแบบไฟล์ดิจิทัล ที่ออกแบบด้วยโปรแกรมแคนวา นำเสนอเนื้อหาในลักษณะอินโฟกราฟิก ภาพประกอบสี และตัวอย่างสถานการณ์ มีความสวยงาม อ่านง่าย โดยพยาบาลสามารถเข้าถึงได้ผ่านการสแกนสแกนรหัสคิวอาร์ มีเนื้อหา 4 เรื่อง ได้แก่ 1) หลักการโค้ชแบบโกรว์ 2) เทคนิคการตั้งคำถามเชิงพัฒนา 3) ตัวอย่างสถานการณ์โค้ชในหน่วยงานศัลยกรรม และ 4) แบบบันทึกติดตามผลการโค้ช

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ การปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกที่ปฏิบัติงาน และการอบรมในเรื่องการโค้ชหัวหน้าทีม โดยให้เลือกตอบและเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 การทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกศัลยกรรม ซึ่งพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของโรบินส์ (Robbins, 2005) จำนวน 20 ข้อ จำแนกเป็น 4 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ ได้แก่ 1) วางแผนการทำงานเป็นทีม 2) กำหนดลักษณะการทำงานเป็นทีม 3) การจัดการทำงานทีมพยาบาล 4) การออกแบบกิจกรรมหลักของทีมพยาบาล มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) ให้คะแนนระหว่างระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับจนถึงระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน คิดคะแนนเฉลี่ยและกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Best & Kahn, 2014)

|                   |                               |
|-------------------|-------------------------------|
| ระหว่าง 4.50-5.00 | คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด  |
| ระหว่าง 3.50-4.49 | คะแนน หมายถึง ระดับมาก        |
| ระหว่าง 2.50-3.49 | คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง    |
| ระหว่าง 1.50-2.49 | คะแนน หมายถึง ระดับน้อย       |
| ระหว่าง 1.00-1.49 | คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด |

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

โปรแกรมโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ และแบบสอบถามการทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกศัลยกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเชี่ยวชาญในสาขาการบริหารการพยาบาลและการนิเทศทางการพยาบาล ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาสาระ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามทั้งฉบับ (scale-level content validity index: S-CVI) เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างวิจัย จำนวน 20 คน ตามเกณฑ์ขั้นต่ำสำหรับการทดลองใช้เครื่องมือ (Polit & Beck, 2021) วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .95

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2568 โดยดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมก่อน เมื่อครบ 8 สัปดาห์ จึงเริ่มดำเนินการในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล ที่อาจเกิดจากการถ่ายทอดข้อมูลหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม รายละเอียด ดังนี้

#### ระยะก่อนการทดลอง

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือจากผู้บริหารโรงพยาบาลที่ทำการศึกษ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนการวิจัย และการเข้าถึงและใช้ข้อมูลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ติดต่อประสานงานพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง และให้ข้อมูลการวิจัยด้วยตนเอง โดยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายขั้นตอนในการใช้งานโปรแกรม และระยะเวลาในการทดลอง รวมถึงชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และการลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

3. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (pretest) โดยใช้เวลา 20-30 นาที

#### ระยะทดลอง

กลุ่มควบคุม ปฏิบัติงานหัวหน้าทีมตามปกติตลอด 8 สัปดาห์ โดยใช้รูปแบบการนิเทศและการทำงานเป็นทีมตามรูปแบบเดิมของหน่วยงาน เมื่อครบ 8 สัปดาห์ นัดหมายมาตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest)

กลุ่มทดลอง ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์สำหรับพยาบาลหัวหน้าทีม ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมตามโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์สำหรับพยาบาลหัวหน้าทีม

| ช่วงเวลา                                                | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| สัปดาห์ที่ 1<br>(2 ชั่วโมง)                             | - เตรียมด้านความพร้อมของผู้โค้ชและผู้รับการโค้ช โดยผู้โค้ช (หัวหน้าทีม): ประเมินทิศทางการดำเนินงาน ฝึกทักษะการตั้งคำถามตามขั้นตอนการโค้ชแบบโกรว์ และสถิติการใช้งานคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ ส่วนผู้รับการโค้ช (พยาบาลในทีม) ชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทีมร่วมกัน และให้สะท้อนปัญหาหน้างานเบื้องต้น เน้นการโค้ชเชิงกลุ่ม (team coaching) เพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และใช้การโค้ชรายบุคคล แบบ 1:1 เมื่อต้องการแก้ปัญหาเฉพาะบุคคลหรือติดตามผลเชิงลึก และนัดหมายก่อนเริ่มต้นกระบวนการ |
| สัปดาห์ที่ 2<br>(1 วัน)                                 | - จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ "One Day Coaching with GROW" เรื่อง การโค้ชแบบโกรว์สำหรับหัวหน้าทีมพยาบาลต่อการทำงานเป็นทีม โดยการบรรยายเนื้อหาการโค้ชแบบโกรว์หลักการ GROW Model (Goal-Reality-Options-Will) และการทำงานเป็นทีม โดยฝึกปฏิบัติการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ วิเคราะห์สถานการณ์จำลอง และฝึกทักษะการโค้ช                                                                                                                                                     |
| สัปดาห์ที่ 3-6<br>(สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ๆ ละ 30-60 นาที) | - วางแผนค้นหาทางเลือก นำโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์มาใช้ทดลองในหน่วยงานจริง หัวหน้าทีมดำเนินการโค้ชพยาบาลในทีมตามขั้นตอนที่ฝึกฝนมา ใช้ทักษะการฟังเชิงลึก และการตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ทีมหาทางออกด้วยตนเอง โดยศึกษาแนวทางเพิ่มเติมจากคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ควบคู่ไปด้วย ผู้วิจัยติดตามและสนับสนุนตลอดระยะเวลาการทดลอง                                                                                                                                                                |
| สัปดาห์ที่ 7<br>(1 ชั่วโมง)                             | ติดตามผลการใช้โปรแกรมโดยสรุปจากการสังเกตและบันทึกที่ผู้วิจัยบันทึกไว้พร้อมกับเสนอแนะปัญหาอุปสรรค และแนะแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| สัปดาห์ที่ 8<br>(30 นาที)                               | - ประเมินการทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกศัลยกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรม (posttest)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

2. วิเคราะห์คะแนนการทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกศัลยกรรม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ ) และทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (normality) โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk มีค่า  $p\text{-value} > .05$

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกศัลยกรรมภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) และสถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) สำหรับการเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เอกสารรับรองเลขที่ น.26/2567 ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2567 และการปกป้องการเข้าถึงข้อมูลวิจัยโดยใช้การแทนค่ารหัส ซึ่งเข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น เผยแพร่ผลงานวิจัยโดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และทำลายเอกสารวิจัยภายใน 2 ปีหลังจากสิ้นสุดโครงการ

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า พยาบาลกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.30 สถานภาพโสด ร้อยละ 65.40 มีอายุเฉลี่ย 32.10 ปี ( $SD = 5.02$ ) มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 8.19 ปี ( $SD = 4.35$ ) ประสบการณ์ในการทำหน้าที่หัวหน้าทีมเฉลี่ย 2.02 ปี ( $SD = .92$ ) มีตำแหน่งระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 88.50 และส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการโค้ช ร้อยละ 96.20 ขณะที่กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.20 สถานภาพโสด ร้อยละ 84.60 มีอายุเฉลี่ย 30.17 ปี ( $SD = 6.06$ ) มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 5.88 ปี ( $SD = 3.20$ ) ประสบการณ์ในการทำหน้าที่หัวหน้าทีมเฉลี่ย 2.17 ปี ( $SD = .66$ ) ตำแหน่งระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 92.30 และไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการโค้ช ร้อยละ 92.30 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่าง ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลกลุ่มทดลองและควบคุม

| รายการ                             | กลุ่มทดลอง (n = 26)  |        | กลุ่มควบคุม (n = 26) |        | ค่าสถิติ          | p-value |
|------------------------------------|----------------------|--------|----------------------|--------|-------------------|---------|
|                                    | จำนวน                | ร้อยละ | จำนวน                | ร้อยละ |                   |         |
| เพศ                                |                      |        |                      |        | .35 <sup>c</sup>  | 1.00    |
| ชาย                                | 2                    | 7.70   | 1                    | 3.80   |                   |         |
| หญิง                               | 24                   | 92.30  | 25                   | 96.20  |                   |         |
| สถานภาพการสมรส                     |                      |        |                      |        | 2.56 <sup>b</sup> | .11     |
| โสด                                | 17                   | 65.40  | 22                   | 84.60  |                   |         |
| สมรส                               | 9                    | 34.60  | 4                    | 15.40  |                   |         |
| อายุ(ปี)                           | M = 32.10, SD = 5.02 |        | M = 30.17, SD = 6.06 |        | 1.56 <sup>a</sup> | .21     |
| ประสบการณ์ทำงาน                    | M = 8.19, SD = 4.35  |        | M = 5.88, SD = 3.20  |        | 5.02 <sup>a</sup> | .17     |
| ประสบการณ์ในการทำหน้าที่หัวหน้าทีม | M = 2.02, SD = .92   |        | M = 2.17, SD = .66   |        | 1.12 <sup>a</sup> | .57     |
| ตำแหน่งทางการพยาบาล                |                      |        |                      |        | .22 <sup>c</sup>  | 1.00    |
| พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ            | 23                   | 88.50  | 24                   | 92.30  |                   |         |
| พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ              | 3                    | 11.50  | 2                    | 7.70   |                   |         |
| ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการโค้ช     |                      |        |                      |        | .09 <sup>c</sup>  | 1.00    |
| ไม่เคย                             | 25                   | 96.20  | 24                   | 92.30  |                   |         |
| เคย                                | 1                    | 3.80   | 2                    | 7.70   |                   |         |

a = independent t-test, b = Chi-square test, c = Fisher's exact test

2. การเปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกศัลยกรรม ระหว่างกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.15, SD = .41$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.15, SD = .36$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 9.29, p < .001$ ) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการเปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกศัลยกรรม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

| ด้าน                           | กลุ่มทดลอง (n = 26) |     |       | กลุ่มควบคุม (n = 26) |     |         | Mean difference | t     | p-value |
|--------------------------------|---------------------|-----|-------|----------------------|-----|---------|-----------------|-------|---------|
|                                | M                   | SD  | ระดับ | M                    | SD  | ระดับ   |                 |       |         |
| การวางแผนการทำงานเป็นทีม       | 4.29                | .47 | มาก   | 3.24                 | .44 | ปานกลาง | 1.05            | 8.36* | .001    |
| คุณลักษณะการทำงานเป็นทีม       | 4.27                | .49 | มาก   | 3.16                 | .48 | ปานกลาง | 1.11            | 8.21* | .001    |
| การจัดการงานเป็นทีมพยาบาล      | 4.02                | .50 | มาก   | 3.15                 | .38 | ปานกลาง | 0.87            | 7.05* | .001    |
| การออกแบบกิจกรรมพัฒนาทีมพยาบาล | 4.03                | .50 | มาก   | 3.05                 | .34 | ปานกลาง | 0.98            | 8.24* | .001    |
| โดยรวม                         | 4.15                | .41 | มาก   | 3.15                 | .36 | ปานกลาง | 1.00            | 9.29* | < .001  |

\* $p < .05$

3. การเปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกศัลยกรรม ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพยาบาลแผนกศัลยกรรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การทำงานเป็นทีมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ( $M = 4.15$ ,  $SD = .41$ ) เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งอยู่ระดับปานกลาง ( $M = 3.18$ ,  $SD = .25$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 8.91$ ,  $p < .001$ ) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และผลการเปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกศัลยกรรม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ( $n = 26$ )

| ด้าน                     | ก่อนใช้โปรแกรม |     |         | หลังใช้โปรแกรม |     |       | Mean difference | t     | p-value |
|--------------------------|----------------|-----|---------|----------------|-----|-------|-----------------|-------|---------|
|                          | M              | SD  | ระดับ   | M              | SD  | ระดับ |                 |       |         |
| การวางแผนการทำงานเป็นทีม | 3.05           | .29 | ปานกลาง | 4.29           | .47 | มาก   | -1.24           | 12.28 | <.001   |
| คุณลักษณะการทำงานเป็นทีม | 3.16           | .32 | ปานกลาง | 4.27           | .49 | มาก   | -1.11           | 14.50 | <.001   |
| การจัดการงานเป็นทีม      | 3.28           | .35 | ปานกลาง | 4.02           | .50 | มาก   | -0.74           | 7.39  | <.001   |
| พยาบาล                   |                |     |         |                |     |       |                 |       |         |
| การออกแบบกิจกรรมพัฒนา    | 3.21           | .37 | ปานกลาง | 4.03           | .50 | มาก   | -0.82           | 8.16  | <.001   |
| ทีมพยาบาล                |                |     |         |                |     |       |                 |       |         |
| โดยรวม                   | 3.18           | .25 | ปานกลาง | 4.15           | .41 | มาก   | -0.97           | 8.91  | <.001   |

\* $p < .05$

## การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลแผนกศัลยกรรมกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ร่วมกับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์มีคะแนนเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอธิบายได้จากคุณลักษณะเชิงกระบวนการของโปรแกรมที่ออกแบบตามแนวคิดของ Whitmore (2017) 4 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย การวิเคราะห์สถานการณ์จริง การสำรวจทางเลือก และการสรุปแผนปฏิบัติการร่วมกัน กระบวนการดังกล่าวทำให้หัวหน้าทีมพยาบาลเปลี่ยนบทบาทจากการนิเทศแบบสั่งการและตรวจสอบที่เน้นการควบคุมตามสายบังคับบัญชา มาเป็นการโค้ชเพื่อพัฒนาศักยภาพทีม ที่กระตุ้นให้สมาชิกในทีมคิดวิเคราะห์ ร่วมแก้ปัญหา และรับผิดชอบเป้าหมายร่วมกัน การเปลี่ยนแปลงบทบาทนี้เป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม การสื่อสารเชิงบวก และการพัฒนาการทำงานเป็นทีมที่ยั่งยืน เนื่องจากสมาชิกทีมรู้สึกเป็นเจ้าของเป้าหมายร่วมกัน มากกว่าการถูกบังคับจากภายนอก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Budsree et al. (2020) ที่พบว่ากระบวนการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ช่วยพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Richardson et al. (2023) ที่พบว่าการใช้โค้ชในบริบทการพยาบาลส่งผลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพการทำงาน การสื่อสารระหว่างทีม

และการเปลี่ยนผ่านบทบาทของพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีความซับซ้อนสูงและต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาการทำงานเป็นทีมจำแนกตามรายด้านตามแนวคิดของ Robbins (2005) พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการวางแผนการทำงานเป็นทีม ( $M = 4.29, SD = .47$ ) ซึ่งสัมพันธ์กับกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 (G: goal) และขั้นตอนที่ 2 (R: reality) ของการโค้ชแบบโกรว์ที่เน้นการกำหนดเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจน และการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของทีมอย่างตรงไปตรงมา ทำให้พยาบาลทุกคนเข้าใจทิศทางการทำงานร่วมกันและสามารถวางแผนได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ รองลงมาคือ ด้านคุณลักษณะการทำงานเป็นทีม ( $M = 4.27, SD = .49$ ) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 (R: reality) และ 3 (O: options) ที่ส่งเสริมให้พยาบาลได้สะท้อนบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเปิดเผย ฝึกรับฟังมุมมองของผู้อื่น และร่วมกันออกแบบแนวทางการทำงานใหม่ผ่านคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ ส่งผลให้เกิดความเคารพ ไว้วางใจ และรับผิดชอบเป้าหมายร่วมกันมากขึ้น ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญของทีมที่มีประสิทธิภาพสูง (Robbins, 2005) ต่อมาคือ ด้านการออกแบบกิจกรรมพัฒนาทีมพยาบาล ( $M = 4.03, SD = .50$ ) ที่เพิ่มขึ้นจากกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 (W: will/wrap-up) ที่หัวหน้าทีมและสมาชิกร่วมกันสรุปและวางแผนกิจกรรมพัฒนาทีมอย่างเป็นรูปธรรม มีแผนปฏิบัติที่ชัดเจนและสามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน และด้านการจัดการงานเป็นทีมพยาบาล ( $M = 4.02, SD = .50$ ) พัฒนาขึ้นจากกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 (O: options) ที่กระตุ้นให้ทีมร่วมกันค้นหาและเลือกวิธีแก้ปัญหาด้วยตนเอง แทนการรอรับคำสั่งจากหัวหน้า ส่งผลให้การประสานงานและการจัดการทรัพยากรภายในทีมมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการวิจัยในทุกด้านบ่งชี้ว่ากระบวนการโค้ชแบบโกรว์ ส่งผลให้พยาบาลมีการรับรู้การทำงานเป็นทีมสูงขึ้น เนื่องจากการที่สมาชิกทีมได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายจนถึงการสรุปแผนปฏิบัติ ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของเป้าหมายร่วมกัน และความผูกพันต่อทีม ซึ่งเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญในการพัฒนาการทำงานเป็นทีมอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tharapaisansuk et al. (2019) ที่พบว่า การโค้ชแบบโกรว์ช่วยพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนได้อย่างมีนัยสำคัญ ภาวะผู้นำแบบสนับสนุนและโค้ชมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อผลลัพธ์การทำงานเป็นทีมและสภาพแวดล้อมการทำงานของพยาบาล (Cummings et al., 2018)

กลไกสำคัญที่ทำให้โปรแกรมประสบความสำเร็จ คือ การผสมผสานระหว่างการโค้ชแบบโกรว์กับคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ ที่เริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ของการเข้าร่วมโปรแกรม โดยหัวหน้าทีมได้รับการสาธิตการใช้งานคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ควบคู่กับการปฐมนิเทศ จากนั้นในสัปดาห์ที่ 2 ได้นำคู่มืออิเล็กทรอนิกส์มาใช้จริงในการฝึกปฏิบัติการโค้ชแบบโกรว์ และในช่วงสัปดาห์ที่ 3–6 ซึ่งเป็นระยะที่หัวหน้าทีมนำทักษะการโค้ชไปปฏิบัติในหน่วยงานจริง คู่มืออิเล็กทรอนิกส์จึงเป็นแหล่งเรียนรู้เสริม ที่หัวหน้าทีมสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา เพื่อทบทวนเทคนิคการโค้ช การตั้งคำถาม และตัวอย่างสถานการณ์จริงในหน่วยงานศัลยกรรมได้ทันทีที่ต้องการ โดยไม่ต้องรอการนิเทศแบบตัวต่อตัว ซึ่งผลของการใช้คู่มืออิเล็กทรอนิกส์ควบคู่กับการโค้ชอย่างต่อเนื่อง ทำให้หัวหน้าทีมมีความมั่นใจในการนำทักษะการโค้ชไปใช้งานจริงมากขึ้น ส่งผลให้พยาบาลในทีมมีความมั่นใจในการแบ่งปันข้อมูล กล้าแสดงความคิดเห็น ลดความขัดแย้งภายในทีม และเพิ่มความ

ยืดหยุ่นในการทำงานร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับ Richardson et al. (2023) ที่พบว่าการโค้ชร่วมกับข้อเสนอแนะการเรียนรู้ส่งเสริมการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม และการเปลี่ยนผ่านบทบาทของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก และดำเนินการวิจัยในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิเพียงแห่งเดียว จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับบริบทอื่น และวัดผลลัพธ์เฉพาะตัวแปรการทำงานเป็นทีม

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้พัฒนาหัวหน้าทีมพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยบูรณาการเข้ากับระบบการนิเทศทางการพยาบาลที่มีอยู่เดิม และนำไปใช้ในหน่วยงานอื่นที่มีลักษณะการทำงานเป็นทีมสูง เช่น หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และห้องผ่าตัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงานและการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยติดตามผลลัพธ์ของโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ต่อคุณภาพการพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจในงานของพยาบาล และอัตราการคงอยู่ในงาน และการติดตามความต่อเนื่องและการคงอยู่ของการทำงานเป็นทีมในระยะยาว

### เอกสารอ้างอิง

- Atashi, V., Mohammadi, F., Zarei, M., & Farahani, M. A. (2024). Barriers to effective clinical supervision from the perspective of nurses: A descriptive qualitative study. *Nursing Open*, 11(1), e2028. <https://doi.org/10.1002/nop2.2028>
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2014). *Research in education* (10<sup>th</sup> ed.). Pearson Education.
- Bragadóttir, H., Tryggvadóttir, G. B., & Pórarinsdóttir, K. (2023). The relationship of nursing teamwork and job satisfaction in hospitals. *SAGE Open Nursing*, 9, 1–10. <https://doi.org/10.1177/23779608231175027>
- Budsree, R., Hinjiran, S., & Meehanpong, P. (2020). The Effects of supervision through GROW coaching model of first line nurse managers on nursing performance of professional nurses. *Christian University Journal*, 26(2), 84-96. (in Thai)

- Cummings, G. G., Lee, S., Tate, K., Penconek, T., Micaroni, S. P. M., Paananen, T., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19-28. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Georgiou, M. K., Merkouris, A., Hadjibalassi, M., Sarafis, P., & Kyprianou, T. (2021). Correlation between teamwork and patient safety in a tertiary hospital in Cyprus. *Cureus*, 13(11), e19244. <https://doi.org/10.7759/cureus.19244>
- Guillaume, D., Troncoso, E., Duroseau, B., Bluestone, J., & Fullerton, J. (2022). Mobile-social learning for continuing professional development in low- and middle-income countries: Integrative review. *JMIR mHealth and uHealth*, 10(6), e32614. <https://doi.org/10.2196/32614>
- Kim, J. H., & Park, H. (2021). Effects of smartphone-based mobile learning in nursing education: A systematic review and meta-analysis. *Asian Nursing Research*, 13(1), 20-29. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.01.005>
- Kongrod, P., Singchungchai, P., & Puthiaungkul, B. (2019). The effect of the team work program on nursing service quality of the ward as perceived by first-line nurse manager at a secondary private hospital. *Nursing Journal*, 46(2), 131-141. (in Thai)
- Nurmeksela, A., Mcdermott, O., Holloway, A., Partanen, P., & Kvist, T. (2023). Relationships between nursing leadership and organizational, staff and patient outcomes: A systematic review of reviews. *Journal of Nursing Management*, 31(7), e13809. <https://doi.org/10.1111/jonm.13809>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11<sup>th</sup> ed.). Wolters Kluwer.
- Rattanaburee, P., Noimuenwai, P., & Thongkhamrod, R. (2023). The Grow approach: A research on how a new coaching program for first-line nurse managers can boost performance of newly registered nurses at Thung Song Hospital. *Journal of Nursing and Education*, 16(3), 76-92. (in Thai)
- Richardson, C., Wicking, K., Biedermann, N., & Langtree, T. (2023). Coaching in nursing: An integrative literature review. *Nursing Open*, 10(10), 6635-6649. <https://doi.org/10.1002/nop2.1925>
- Robbins, S. P. (2005). *Organizational behavior* (11<sup>th</sup> ed.). Pearson Education.

- Rungrueng, U., Aree, P., & Sritoomma, N. (2024). Effects of GROW coaching model supervision on nosocomial infection prevention and control practices of infection control ward nurses in a tertiary hospital. *Christian University Journal*, 30(2), 18-30. (in Thai)
- Surgical Nursing Department, Anonymous Tertiary Hospital. (2025). *Administrative structure of surgical nursing department, a tertiary hospital*. Tertiary Hospital Press. (in Thai)
- Tharapaisansuk, O., Hinjiranan, S., & Aree, P. (2019). The effects of supervision through GROW coaching model of first – line nurse managers at private hospitals. *Research and Development Health System Journal*, 12(3), 610-619. (in Thai)
- Whitmore, J. (2017). *Coaching for performance: The principles and practice of coaching and leadership*. Nicholas Brealey.



## บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวด  
ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าสู่ระยะสงบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2  
เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Effects of an Intensive Health Behavior Modification Program on Health  
Behaviors and Diabetes Remission among Type 2 Diabetes Mellitus  
Patients in the Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital Network

จารุวรรณ สุวรรณประทีป<sup>1\*</sup>

Jaruwan Suwanpratheeep<sup>1\*</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: oatong123456789@gmail.com)

(Received: November 6, 2025; Revised: May 28, 2026; Accepted: May 28, 2026)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวด ต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และการเข้าสู่ระยะสงบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี จำนวน 70 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงและจับคู่ตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ มีค่าความเชื่อมั่นครุฑอร์-ริชาร์ดสัน 21 เท่ากับ .83 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติการทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $t = 27.81, 34.90; p < .001$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $t = 29.53, 67.63; p < .001$ ) และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = 24.88, 14.38; p < .001$ )

2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ ร้อยละ 57.14 หยุดยาได้ ร้อยละ 22.85 และลดยาได้ ร้อยละ 17.14

ผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวาน สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้โดยในการดูแลโดยสหวิชาชีพและการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และเพิ่มโอกาสการเข้าสู่ระยะสงบสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Registered Nurse (Professional Level), Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

**คำสำคัญ:** โรคเบาหวาน, โรคเบาหวานระยะสงบ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, น้ำตาลสะสมในเลือด

## Abstract

This quasi-experimental research with a two-group pretest–posttest design aimed to examine the effects of an intensive health behavior modification program on knowledge, health behaviors, glycated hemoglobin (HbA1c) levels, and remission among patients with type 2 diabetes mellitus in the Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital Network. The sample consisted of 70 patients with type 2 diabetes mellitus diagnosed within the past five years. Participants were selected through purposive sampling and matched by sex, age, and educational level before being assigned to either the experimental group or the control group, with 35 participants in each group. Data were collected using a knowledge questionnaire with a Kuder–Richardson 21 reliability coefficient of .83 and a health behavior questionnaire with a Cronbach’s alpha coefficient of .82. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. The results revealed that:

1. After participating in the program, patients in the experimental group had significantly higher mean scores for knowledge and health behaviors than before the intervention ( $t = 27.81, 34.90; p < .001$ ) and significantly higher than those in the control group ( $t = 29.53, 67.63; p < .001$ ). In addition, HbA1c levels in the experimental group were significantly lower than before participation and lower than those in the control group at the .001 significance level ( $t = 24.88, 14.38; p < .001$ ).

2. Following participation in the program, 57.14% of patients in the experimental group achieved diabetes remission, 22.85% were able to discontinue medication, and 17.14% were able to reduce medication dosage.

The findings suggest that diabetes clinic personnel may apply this program through multidisciplinary care and continuous follow-up to promote health behavior modification, improve glycemic control, and increase the likelihood of diabetes remission among patients with type 2 diabetes mellitus.

**Keywords:** Diabetes mellitus, Diabetes remission, Behavior change, Glycated hemoglobin

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) ที่มีความชุกสูงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของประชากรโลก ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas ระบุว่า ในปี 2564 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานกว่า 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนในปี 2573

และ 783 ล้านคนในปี 2588 (International Diabetes Federation: IDF, 2021) สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ประมาณ 4.8 ล้านคน แต่มีเพียง 2.6 ล้านคนที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าถึงการรักษา และมีเพียง 0.9 ล้านคนที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานสูงถึง 200 รายต่อวัน (Thai Health Promotion Foundation, 2024) แนวโน้มในปี 2566 พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นกว่า 300,000 คนต่อปี และมีผู้ป่วยสะสมกว่า 3.4 ล้านคน โดยร้อยละ 70 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (glycated hemoglobin หรือ HbA1c) ให้ต่ำกว่า 7% ได้ (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2020) ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง เบาหวานขึ้นตา และโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้ง กระทบต่อคุณภาพชีวิต สมรรถภาพการทำงาน และภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศ

โรคเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) ตามเกณฑ์ของสมาคมเบาหวานอเมริกัน หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้ต่ำกว่า 6.5% ได้ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (American Diabetes Association: ADA, 2021) แนวคิดนี้ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก ดังโครงการวิจัย “Diabetes Remission Clinical Trial: DiRECT” พบว่าการจัดการด้านอาหารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่ระยะสงบได้ถึงร้อยละ 46 ในปีที่ 1 และร้อยละ 36 ในปีที่ 2 (Lean et al., 2019) รวมทั้ง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลแบบองค์รวมผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้น ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างเหมาะสม การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้ง การติดตามต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและเพิ่มโอกาสการเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (The Diabetes Association of Thailand, 2023) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวาน พบว่า สามารถช่วยลดระดับ HbA1c และเพิ่มอัตราการเข้าสู่ระยะสงบได้ (Kianbun et al., 2024; Suksabai, 2024; Chaipetch et al., 2024; Sribantao, 2025)

การจัดการโรคเบาหวานส่วนใหญ่ มุ่งเน้นการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยยาและการให้คำแนะนำด้านสุขภาพทั่วไป ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวาน เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยความพร้อม และแรงจูงใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stages of change theory หรือ transtheoretical model: TTM) อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเป็นลำดับขั้น ได้แก่ ขั้นก่อนคิด ขั้นเริ่มคิดพิจารณา ขั้นเริ่มปฏิบัติ ขั้นลงมือปฏิบัติ และขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม โดยการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับระดับความพร้อมของผู้ป่วยในแต่ละระยะ จะช่วยเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน (Prochaska & DiClemente, 1982) และได้นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างเหมาะสม และการติดตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล

สะสมในเลือดและสนับสนุนการเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวาน ซึ่งพบว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้แนวคิดนี้ร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน และมีความเข้มข้นในช่วง 1–3 เดือนแรก สามารถลดระดับ HbA1c และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ngamwong et al., 2019; Khamkor & Duangsong, 2020) รวมทั้ง การนำไปใช้ร่วมกับการติดตามผ่านระบบโทรเวชกรรม พบว่า สามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น (Laoprasit, 2023)

เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีอัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ในช่วงปีงบประมาณ 2565–2567 เพียงร้อยละ 28.03–36.77 ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ร้อยละ 40 ขึ้นไป (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2025) ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดที่มีขั้นตอนชัดเจนตามแนวคิด TTM ซึ่งสอดคล้องกับระดับความพร้อมของผู้ป่วย และสามารถนำไปใช้จริงในบริบทพื้นที่ เพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาล ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มโอกาสการเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้อย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวด และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อศึกษาอัตราการเข้าสู่ระยะสงบ และความสามารถในการลดยาหรือหยุดยารักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวด

### สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวด มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งสามารถลดยาและการหยุดยารักษาโรคเบาหวานได้

### กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดเพื่อการเข้าสู่ระยะสงบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stages of change theory) ของ Prochaska and DiClemente (1983) ซึ่งเชื่อว่าการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ต้องมีการปรับเปลี่ยนเป็นขั้นตอนตั้งแต่ยังไม่คิดจะเปลี่ยน จนถึงการรักษาพฤติกรรมใหม่ไว้ได้อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา (ElSayed et al., 2023) จะส่งผลให้มีความรู้ในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น และลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเพื่อเข้าสู่ระยะสงบ ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย และสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ที่กำหนดให้ระดับ HbA1c < 6.5% ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนโดยไม่ใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (American Diabetes Association, 2021; The Diabetes Association of Thailand, 2023) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ

#### โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวด

1. สร้างสัมพันธภาพและประเมินพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล
2. ให้ความรู้และสาธิตพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนี้
  - กิจกรรมที่ 1 ขั้นก่อนคิด (pre-contemplation stage)
    - ให้ความรู้เบื้องต้น เกี่ยวกับโรคเบาหวานและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างความตระหนักและความเข้าใจแก่ผู้ป่วย
  - กิจกรรมที่ 2 ขั้นเริ่มคิดพิจารณา (contemplation stage)
    - ให้คำแนะนำและคำปรึกษาเชิงลึก เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างเข้มข้น เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง
  - กิจกรรมที่ 3 ขั้นเริ่มปฏิบัติ (preparation stage)
    - ประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติ 1) ถูกต้องเหมาะสมให้การเสริมแรงและกระตุ้นให้ดำเนินการต่อ 2) พบข้อผิดพลาดหรือช่องว่างความรู้ ให้ความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้อง
  - กิจกรรมที่ 4 ขั้นปฏิบัติ (action stage)
    - ประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่พบ 1) ปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสม ให้การเสริมแรงและกระตุ้นให้คงพฤติกรรมต่อไป 2) มีความลังเลหรือไม่มั่นใจในบางพฤติกรรม เสริมสร้างความมั่นใจและนำไปสู่การคงพฤติกรรมที่พึงประสงค์
  - กิจกรรมที่ 5 ขั้นปฏิบัติสม่ำเสมอ (maintenance stage)
    - ใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการติดตามผลทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง
    - พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาที่พบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

- ความรู้ในการดูแลตนเอง
- พฤติกรรมสุขภาพ
- ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด
- ความสามารถในการลดยาและการหยุดยารักษาโรคเบาหวาน

ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าสู่ระยะสงบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างมีนาคม - สิงหาคม 2568 รายละเอียด ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี และขึ้นทะเบียนรับการรักษาในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 186 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี และขึ้นทะเบียนรับการรักษาในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*Power 3.1 (Faul et al., 2007) สำหรับสถิติการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระต่อกัน (independent t-test) กำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (alpha) เท่ากับ .05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาของ Suksabai (2024) เท่ากับ .70 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน รวมทั้งสิ้น 70 คน

คัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้าที่สอดคล้องกับแนวทางการนำผู้ป่วยสู่ระยะสงบตามสมาคมเบาหวานอเมริกัน (American Diabetes Association, 2021) ได้แก่ 1) อายุมากกว่า 18 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่เกิน 5 ปี 3) ระดับ HbA1c อยู่ระหว่าง 6.5–9% 4) รักษาด้วยยารับประทานเท่านั้น ไม่ใช่น้ำอินซูลิน 5) ดัชนีมวลกาย  $> 23$  กก./ตร.ม. 6) ไม่มีโรคหัวใจล้มเหลวรุนแรงหรืออาการหัวใจขาดเลือดภายใน 6 เดือน 7) การวัดค่าประมาณอัตราการกรองของไต (eGFR)  $> 45$  ml/min/1.73m<sup>2</sup> 8) สมัยใจและม้ามที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 9) สามารถสื่อสารภาษาไทยและใช้โทรศัพท์มือถือได้ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ขาดนัดหมายหรือย้ายที่อยู่ 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำรุนแรง และ 3) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบถ้วน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาจากต่างหน่วยบริการของเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี โดยทำการจับคู่ตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวด สร้างขึ้นบนพื้นฐานทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model: TTM) ของ Prochaska and DiClemente (1983) ผสมผสานกับแนวทางพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้านของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ตามมาตรฐานของ American Diabetes Association (2021) มีระยะเวลา 6 เดือน รายละเอียด ดังตาราง 1

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์และข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตเฉลี่ย รอบเอว และข้อมูลการรักษา ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวก จำนวน 11 ข้อ และด้านลบ จำนวน 4 ข้อ ตอบถูกต้องเท่ากับ 1 คะแนน และตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน คิดคะแนนรวม โดยมีคะแนนระหว่าง 0 – 15 คะแนน จำแนกคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ < 9 คะแนน (< 60%) หมายถึง ระดับพอใช้ ระหว่าง 9 -11 คะแนน (60-79%) หมายถึง ระดับปานกลาง และ  $\geq 12$  คะแนน ( $\geq 80\%$ ) หมายถึง ระดับสูง (Bloom, 1971)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ปฏิบัติน้อยครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) และปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) คิดคะแนนเฉลี่ย จำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ (Intharakamhaeng, 2017) ระหว่าง 4.51 - 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด ระหว่าง 3.51 - 4.50 คะแนน หมายถึง ระดับมาก ระหว่าง 2.51 - 3.50 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง ระหว่าง 1.51 - 2.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย และระหว่าง 1.00 - 1.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม จำนวนและขนาดยา เพื่อรวบรวมอัตราการเข้าสู่ระยะสงบตามเกณฑ์ ADA Consensus 2021 (American Diabetes Association, 2021) หมายถึง ระดับ HbA1c < 6.5% ได้ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด และอัตราการหยุดยา หมายถึง หยุดยาได้ยังไม่ครบ 3 เดือนหรือ HbA1c ยังไม่ถึงเกณฑ์ และอัตราการตาย หมายถึง ยังคงรับยาแต่ลดขนาดยาลงจากเดิม

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มงวด แผนการสอนให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างเข้มงวด และแบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชนเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่าน และหัวหน้ากลุ่มงานงานสุศึกษาเชี่ยวชาญด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ .90 แบบสอบถามความรู้ เท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ .97 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 30 คน พบว่า แบบสอบถามความรู้มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 21 เท่ากับ .83 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยประสานงานและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 70 คน ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจก่อนลงนามยินยอม จากนั้นเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (pretest) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.ระยะทดลอง ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 31 สิงหาคม 2568 (26 สัปดาห์) โดยกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การให้ความรู้เบาหวานเบื้องต้น การติดตามน้ำตาลทุก 1-3 เดือน และการส่งยาตามมาตรฐาน ในขณะที่กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวด จำนวน 26 สัปดาห์ รายละเอียดกิจกรรม ดังตาราง 1

**ตาราง 1** กิจกรรมของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดต่อพฤติกรรมสุขภาพการเข้าสู่ระยะสงบของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

| สัปดาห์/ระยะเวลา                                               | ขั้นการเปลี่ยนแปลง                              | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| สัปดาห์ที่ 1<br>180 นาที (กิจกรรม<br>กลุ่ม 10-12 คน/<br>กลุ่ม) | ขั้นเริ่มคิดพิจารณา<br>(contemplation<br>stage) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความไว้วางใจและแรงจูงใจในการเข้าร่วมโปรแกรม</li> <li>- ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน การเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวาน หลักการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างเหมาะสม โดยสหวิชาชีพ</li> <li>- ฝึกทักษะรายกลุ่ม ได้แก่ การอ่านฉลากโภชนาการ การนับคาร์โบไฮเดรต การเลือกอาหาร การแกว่งแขนและเดินออกกำลังกาย</li> <li>- อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการดูแลตนเอง ประเมินระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและร่วมตั้งเป้าหมายเฉพาะราย มอบสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ</li> </ul> |
| สัปดาห์ที่ 1-25 ทุก<br>วันจันทร์-พุธ วันละ<br>30 นาที          | ขั้นเตรียมพร้อม<br>(preparation<br>stage)       | <ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้วิจัยส่งคลิปวิดีโอความรู้ผ่านไลน์กลุ่ม วันละ 1 คลิป ความยาวประมาณ 10-15 นาที พร้อมแบบสะท้อนคิดและคำถามท้ายคลิปให้ตอบในไลน์กลุ่ม เพื่อประเมินการรับชมและความเข้าใจ โดยเนื้อหาประกอบด้วย การเลือกอาหาร การนับคาร์โบไฮเดรต การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด การงดสูราและบุหรี่ การดูแลเมื่อระดับน้ำตาลสูง-ต่ำ และการดูแลเท้า ผู้วิจัยติดตามการรับชมจากการตอบคำถาม การกดตอบรับในไลน์กลุ่ม และการส่งภาพ/ข้อความสะท้อนการเรียนรู้รายบุคคล</li> </ul>                                                                           |
| สัปดาห์ที่ 1-25 ทุก<br>วันพฤหัสบดี-เสาร์<br>วันละ 30 นาที      | ขั้นปฏิบัติ<br>(action stage)                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ฝึกบันทึกและรายงานพฤติกรรมสุขภาพผ่านไลน์กลุ่ม ได้แก่ ภาพอาหาร ปริมาณอาหาร ผล DTX ก่อนอาหาร การออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกาย การผ่อนคลายความเครียด</li> <li>- ให้ข้อเสนอแนะรายบุคคลทุกวัน เสริมแรงทางบวกเมื่อสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| สัปดาห์ที่ 1-25 ทุก<br>วันอาทิตย์ 20 นาที/<br>ราย              | ขั้นปฏิบัติ<br>(action stage)                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามรายบุคคลผ่านโทรศัพท์หรือวิดีโอคอล เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ปัญหา อุปสรรค และความต่อเนื่องในการปฏิบัติ</li> <li>- ให้คำปรึกษาเฉพาะราย และวางแผนแก้ไขร่วมกันทันที เพื่อป้องกันการกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

ตาราง 1 (ต่อ)

| สัปดาห์/ระยะเวลา                                       | ขั้นการเปลี่ยนแปลง                                         | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| สัปดาห์ที่ 5, 9, 13, 17, 21 และ 25<br>ครั้งละ 120 นาที | ขั้นปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (action-maintenance stage) | - พบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพแบบรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อติดตามผล HbA1c น้ำหนักตัว พฤติกรรมสุขภาพ และ ทบทวนสมุดบันทึกสุขภาพ<br>- ทีมสหวิชาชีพประเมินความก้าวหน้า ปรับแผนการดูแล และพิจารณาปรับลดขนาดยา เมื่อสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ พร้อมให้คำปรึกษาเฉพาะปัญหา |
| สัปดาห์ที่ 6-17<br>60 นาที/ราย                         | ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (maintenance stage)                  | - เยี่ยมบ้านรายบุคคลเพื่อประเมินบริบทการดำเนินชีวิตจริง ค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้กำลังใจ ติดตามเป้าหมาย และเสริมแรงทางบวกเพื่อคงพฤติกรรมสุขภาพ                                                                                                          |
| สัปดาห์ที่ 18<br>120 นาที<br>(กิจกรรมกลุ่ม)            | ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (maintenance stage)                  | - อภิปรายกลุ่ม ทบทวนความรู้และประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ<br>- ให้ผู้ที่ประสบความสำเร็จนำเสนอเป็นบุคคลต้นแบบ (role model) เพื่อแลกเปลี่ยนแนวทางการดูแลตนเอง และสร้างแรงจูงใจในการคงพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง                                             |
| สัปดาห์ที่ 26<br>120 นาที<br>(กิจกรรมกลุ่ม)            | ขั้นเริ่มคิดพิจารณา (contemplation stage)                  | - สรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรม ทบทวนการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ชื่นชมผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายหรือเข้าสู่ระยะสงบ และให้กำลังใจผู้ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย<br>- เก็บข้อมูลหลังการทดลอง และสะท้อนความคิดเห็นต่อโปรแกรม                                                        |

3.ระยะสิ้นสุดการทดลอง สัปดาห์ที่ 26 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อมาตรวจตามนัดในคลินิกเบาหวาน เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (posttest) ทบทวนสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับผู้ป่วย เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาปรับแผนการรักษาและการติดตามต่อเนื่อง และเปิดโอกาสให้กลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมตามความสมัครใจ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คำนวณจากแบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ ระดับ HbA1c จำนวนผู้เข้าสู่ระยะสงบและหยุดยา ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: *M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: *SD*)

2. ทดสอบการแจกแจงปกติด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test และทดสอบความเท่าเทียมกันของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ independent t-test, Chi-square test และ Fisher's exact test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบทีแบบอิสระต่อกัน (independent t-test) และภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ NSTPH39/2568 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ด้วยความสมัครใจและสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษา ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็น ความลับและทำลายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมมีสัดส่วนของสถานภาพสมรส อาชีพ โรคร่วม ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และ ระยะเวลาเป็นเบาหวานไม่แตกต่างกัน รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

| รายการ             | กลุ่มทดลอง (n = 35)    |        | กลุ่มควบคุม (n = 35)   |        | การทดสอบ           | p-value |
|--------------------|------------------------|--------|------------------------|--------|--------------------|---------|
|                    | จำนวน                  | ร้อยละ | จำนวน                  | ร้อยละ |                    |         |
| เพศ                |                        |        |                        |        | .245 <sup>a</sup>  | .621    |
| ชาย                | 12                     | 34.30  | 14                     | 40.00  |                    |         |
| หญิง               | 23                     | 65.70  | 21                     | 60.00  |                    |         |
| อายุ (ปี)          | $M = 47.77, SD = 5.87$ |        | $M = 48.82, SD = 5.18$ |        | 13.20 <sup>b</sup> | .869    |
| สถานภาพสมรส        |                        |        |                        |        | 3.410 <sup>a</sup> | .182    |
| โสด                | 3                      | 8.60   | 0                      | .00    |                    |         |
| สมรสและอยู่ด้วยกัน | 28                     | 80.00  | 32                     | 91.40  |                    |         |
| หม้าย/หย่า/แยก     | 4                      | 11.40  | 3                      | 8.60   |                    |         |
| ระดับการศึกษา      |                        |        |                        |        | .755 <sup>a</sup>  | .860    |
| ประถมศึกษา         | 7                      | 20.00  | 8                      | 22.90  |                    |         |
| มัธยมศึกษา         | 23                     | 65.70  | 24                     | 68.60  |                    |         |
| อนุปริญญา          | 4                      | 11.40  | 2                      | 5.70   |                    |         |
| ปริญญาตรี          | 1                      | 2.90   | 1                      | 2.90   |                    |         |

ตาราง 2 (ต่อ)

| รายการ                          | กลุ่มทดลอง (n = 35)               |        | กลุ่มควบคุม (n = 35)              |        | การทดสอบ           | p-value |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------|-----------------------------------|--------|--------------------|---------|
|                                 | จำนวน                             | ร้อยละ | จำนวน                             | ร้อยละ |                    |         |
| <b>อาชีพ</b>                    |                                   |        |                                   |        | 4.525 <sup>c</sup> | .340    |
| แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน             | 5                                 | 14.30  | 6                                 | 17.10  |                    |         |
| รับจ้าง                         | 4                                 | 11.40  | 10                                | 28.60  |                    |         |
| รับราชการ                       | 1                                 | 2.90   | 0                                 | .00    |                    |         |
| ค้าขาย                          | 15                                | 42.90  | 12                                | 34.30  |                    |         |
| เกษตรกร                         | 10                                | 28.60  | 7                                 | 20.00  |                    |         |
| <b>การมีโรคร่วม</b>             |                                   |        |                                   |        | .667 <sup>a</sup>  | .717    |
| โรคความดันโลหิตสูง              | 9                                 | 25.70  | 12                                | 34.30  |                    |         |
| โรคไขมันในเลือดสูง              | 4                                 | 11.40  | 3                                 | 8.60   |                    |         |
| ไม่มีโรคร่วม                    | 22                                | 62.90  | 20                                | 57.10  |                    |         |
| <b>ดัชนีมวลกาย</b>              | <i>M</i> = 26.62, <i>SD</i> = .94 |        | <i>M</i> = 26.65, <i>SD</i> = .83 |        | 1.553 <sup>b</sup> | .670    |
| <b>การสูบบุหรี่</b>             |                                   |        |                                   |        | .807 <sup>a</sup>  | .668    |
| ไม่สูบ                          | 15                                | 42.90  | 18                                | 51.40  |                    |         |
| สูบ                             | 15                                | 42.90  | 14                                | 40.00  |                    |         |
| เคยสูบแต่เลิกแล้ว               | 5                                 | 14.30  | 3                                 | 8.60   |                    |         |
| <b>การดื่มแอลกอฮอล์</b>         |                                   |        |                                   |        | .656 <sup>a</sup>  | .720    |
| ไม่ดื่ม                         | 18                                | 51.40  | 20                                | 57.10  |                    |         |
| ดื่ม                            | 11                                | 31.40  | 8                                 | 22.90  |                    |         |
| เคยดื่มแต่เลิกแล้ว              | 6                                 | 17.10  | 7                                 | 20.00  |                    |         |
| <b>ระยะเวลาเป็นเบาหวาน (ปี)</b> | <i>M</i> = 1.50, <i>SD</i> = .65  |        | <i>M</i> = 1.48, <i>SD</i> = .61  |        | .240 <sup>b</sup>  | .887    |

<sup>a</sup> = Chi-square test, <sup>b</sup> independent t-test, <sup>c</sup> = Fisher' s exact test

2. การเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -27.81, -34.90, -14.76, -33.65, -26.31; p < .001$ ) และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 24.88, p < .001$ ) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ตัวแปร                 | ก่อนทดลอง |      | หลังทดลอง |      | Mean difference | t       | p-value |
|------------------------|-----------|------|-----------|------|-----------------|---------|---------|
|                        | (n = 35)  |      | (n = 35)  |      |                 |         |         |
|                        | M         | SD   | M         | SD   |                 |         |         |
| ความรู้ในการดูแลตนเอง  |           |      |           |      |                 |         |         |
| กลุ่มทดลอง             | 7.14      | 1.73 | 14.94     | .23  | -7.80           | -27.81* | <.001   |
| กลุ่มควบคุม            | 7.14      | 1.55 | 7.13      | 1.54 | -.01            | .17     | .859    |
| พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม   |           |      |           |      |                 |         |         |
| กลุ่มทดลอง             | 32.14     | 2.72 | 49.63     | .77  | -17.49          | -34.90* | <.001   |
| กลุ่มควบคุม            | 29.71     | 1.74 | 29.66     | 1.57 | .05             | .28     | .784    |
| การรับประทานอาหาร      |           |      |           |      |                 |         |         |
| กลุ่มทดลอง             | 12.94     | 2.60 | 19.71     | .57  | -6.77           | -14.76* | <.001   |
| กลุ่มควบคุม            | 10.77     | 1.80 | 10.60     | 1.32 | .16             | .50     | .346    |
| การรับประทานยา         |           |      |           |      |                 |         |         |
| กลุ่มทดลอง             | 14.02     | 1.07 | 19.94     | .23  | -5.91           | -33.65* | <.001   |
| กลุ่มควบคุม            | 14.05     | 1.05 | 14.11     | .93  | -.05            | -.62    | .535    |
| การออกกำลังกาย         |           |      |           |      |                 |         |         |
| กลุ่มทดลอง             | 5.17      | 1.08 | 9.97      | .16  | -4.80           | -26.31  | <.001   |
| กลุ่มควบคุม            | 4.88      | 0.79 | 4.94      | .83  | -.05            | -.81    | .422    |
| ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด |           |      |           |      |                 |         |         |
| กลุ่มทดลอง             | 7.70      | .33  | 6.37      | .44  | 1.32            | 24.88*  | <.001   |
| กลุ่มควบคุม            | 7.70      | .31  | 7.71      | .31  | -.09            | -.25    | .800    |

\* $p < .001$

3.การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 29.53, -67.63, p < .001$ ) และมีระดับ HbA1c ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -14.38, p < .001$ ) ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

| ตัวแปร                 | กลุ่มทดลอง<br>(n = 35) |      | กลุ่มควบคุม<br>(n = 35) |      | Mean<br>difference | t      | p-value |
|------------------------|------------------------|------|-------------------------|------|--------------------|--------|---------|
|                        | M                      | SD   | M                       | SD   |                    |        |         |
| ความรู้ในการดูแลตนเอง  | 14.94                  | 0.23 | 7.13                    | 1.54 | 7.81               | 29.53* | <.001   |
| พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม   | 49.63                  | 0.77 | 29.66                   | 1.57 | 19.97              | 67.63* | <.001   |
| การรับประทานอาหาร      | 19.71                  | 0.57 | 10.60                   | 1.32 | 9.11               | 37.24* | <.001   |
| การรับประทานยา         | 19.94                  | 0.23 | 14.11                   | .93  | 5.82               | 35.86* | <.001   |
| การออกกำลังกาย         | 9.97                   | 0.16 | 4.94                    | .83  | 5.02               | 34.79* | <.001   |
| ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด | 6.37                   | 0.44 | 7.71                    | .31  | -1.33              | 14.38* | <.001   |

\* $p < .001$

4. อัตราการเข้าสู่ระยะสงบและความสามารถในการลดยาหรือหยุดยา เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ ADA Consensus 2021 (American Diabetes Association, 2021) ผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 57.14 เข้าสู่ระยะสงบ ร้อยละ 22.85 สามารถหยุดยาได้แต่อยู่ระหว่างติดตามผล ร้อยละ 17.14 ลดขนาดยาได้ และร้อยละ 2.85 รับประทานเดิม ในขณะที่สำหรับกลุ่มควบคุม ไม่มีผู้ใดเข้าสู่ระยะสงบหรือหยุดยาได้ แต่สามารถลดยาได้จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.85

## การอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม รวมทั้งเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสามารถส่งเสริมการเรียนรู้จากการพัฒนาทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับระดับความพร้อมของผู้ป่วยในแต่ละระยะ ตั้งแต่การสร้างความตระหนัก การกระตุ้นแรงจูงใจ การเตรียมความพร้อม การลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Prochaska & DiClemente, 1983) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง

นอกจากนี้ โปรแกรมยังมีความเข้มข้นและต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 26 สัปดาห์ โดยใช้กิจกรรมหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ กิจกรรมกลุ่ม การส่งคลิปความรู้ผ่านไลน์กลุ่ม การติดตามรายบุคคลทางโทรศัพท์หรือวิดีโอคอล การติดตามพฤติกรรมสุขภาพผ่านสมุดบันทึกและการส่งภาพอาหารหรือกิจกรรมทางกาย รวมทั้ง การเยี่ยมบ้าน ซึ่งช่วยกระตุ้น เตือน และเสริมแรงทางบวกอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ในพฤติกรรมของตนเองและมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ประกอบกับการดำเนินกิจกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับ

ความรู้และคำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างเหมาะสม รวมถึงได้รับการติดตามปัญหาเฉพาะรายอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกับการใช้สื่อดิจิทัลและการติดตามต่อเนื่อง สามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ และลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ngamwong et al., 2019; Khamkor & Duangsong, 2020; Laoprasit, 2023) รวมทั้ง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้นร่วมกับการติดตามรายบุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (Suksabai, 2024)

2. การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับ HbA1c ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้นมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ ซึ่งได้รับเพียงการให้ความรู้ทั่วไปและการติดตามตามนัดทุก 1–3 เดือน ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมที่มีความเข้มข้นและต่อเนื่องตลอด 26 สัปดาห์ มีการติดตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างใกล้ชิดผ่านหลายช่องทาง ทำให้สามารถประเมินปัญหา ให้ข้อเสนอแนะ และกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ การใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกับการส่งภาพอาหาร ผลตรวจระดับน้ำตาล และกิจกรรมทางกายผ่านไลน์กลุ่ม ยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในพฤติกรรมของตนเอง (self-monitoring) และสามารถปรับพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ Lean et al. (2019) จากโครงการ DiRECT ที่พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นร่วมกับการติดตามต่อเนื่องสามารถลดระดับ HbA1c และเพิ่มโอกาสเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวานได้ รวมทั้ง การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับการติดตามอย่างใกล้ชิด ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดระดับ HbA1c ได้ (Kianbun et al., 2024; Sribantao, 2025)

3. อัตราการเข้าสู่ระยะสงบและความสามารถในการลดยาหรือหยุดยา พบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวานได้ร้อยละ 57.14 สามารถหยุดยาได้ร้อยละ 22.85 และลดยาได้ร้อยละ 17.14 ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีผู้เข้าสู่ระยะสงบหรือหยุดยาได้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้นสามารถส่งเสริมการเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ลดภาวะดื้ออินซูลิน และช่วยฟื้นฟูการทำงานของเบต้าเซลล์ตับอ่อน ส่งผลให้ระดับ HbA1c ลดลงจนเข้าสู่เกณฑ์ระยะสงบตาม ADA Consensus 2021 (American Diabetes Association, 2021) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไม่เกิน 5 ปี และมีระดับ HbA1c อยู่ระหว่าง 6.5–9% ซึ่งยังเป็นระยะที่การทำงานของเบต้าเซลล์ตับอ่อนยังไม่เสื่อมมากนัก จึงมีโอกาสดตอบสนองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดี (Taylor et al., 2018) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Lean et al. (2019) จากโครงการ DiRECT trial พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นสามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่ระยะสงบได้ร้อยละ 46 ในปีแรก อย่างไรก็ตาม ตัวเลขจากการศึกษาครั้งนี้ สูงถึงร้อยละ 57.14 และสูงกว่าการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา ที่อยู่ในช่วงร้อยละ 44 – 53 (Kianbun et al., 2024; Suksabai, 2024; Chaipetch et al., 2024) ซึ่งตัวเลขที่เพิ่มขึ้นทำให้ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถหยุดยาได้เหลืออยู่เพียงร้อยละ 22.85 ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมา มีตัวเลขของการเข้าสู่ระยะสงบ และการหยุดยาได้ใกล้เคียงกัน ดังผลการศึกษาของ Kianbun et al. (2024) พบว่า สามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ร้อยละ 48.70 และลดการใช้ยาร้อยละ 35.00 และการศึกษาของ Chaipetch et al. (2024) พบว่า สามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ร้อยละ 44.00 และลดการใช้ยาร้อยละ 31.00 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้นร่วมกับการติดตามต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพในการศึกษานี้ สามารถช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าสู่ระยะสงบและลดการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ดีกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยไม่ได้มีการสุ่มตัวอย่างแบบปิดบัง (blinding) ทั้งผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง อาจมีการลำเอียง รวมทั้ง มีการติดตามผลลัพธ์หลังสิ้นสุดการทดลองเพียง 6 เดือน จึงไม่เพียงพอสำหรับการยืนยันความยั่งยืนของระยะสงบ

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมไปใช้ในคลินิกเบาหวานระยะสงบ (DM remission clinic) ภายในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี โดยทีมสหวิชาชีพ และออกแบบการติดตามต่อเนื่องในชุมชนผ่านช่องทางการสื่อสารออนไลน์ และการเยี่ยมบ้าน

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial (RCT) ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวอย่างน้อย 1–2 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การคงอยู่ของระยะสงบ และการกลับมาใช้ยาของผู้ป่วย รวมทั้ง ดัชนีมวลกาย ไขมันในช่องท้อง และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

### เอกสารอ้างอิง

- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2021). 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes-2021. *Diabetes Care*, 44(Suppl 1), S15–S33. <https://doi.org/10.2337/dc21-S002>
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.

- Chaipetch, N., Tinnachartarak, P., & Khotchanam, M. (2024). 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 Noncommunicable Diseases. (2023). Annual report on non-communicable diseases 2023. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (in Thai)
- ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Collins, B. S., Cusi, K., Das, S. R., Gibbons, C. H., Giurini, J. M., Hilliard, M. E., Isaacs, D., Johnson, E. L., Kahan, S., Khunti, K., Kosiborod, M., Leon, J., Lyons, S. K., Murdock, L., Perry, M. L., Prahalad, P., Pratley, R. E., Seley, J. J., Stanton, R. C., Sun, J. K., Woodward, C. C., Young-Hyman, D., Gabbay, R. A., & American Diabetes Association. (2023). Introduction and methodology: Standards of care in diabetes-2023. *Diabetes Care*, 46(Suppl. 1), S1–S4. <https://doi.org/10.2337/dc23-SINT>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Intharakamhaeng, A. (2017). *Health literacy: Measurement and development*. Sukhumvit Printing. (in Thai)
- Khamkor, S., & Duangsong, R. (2020). Effects of the health behavior modification program by applying health literacy to prevent type 2 diabetes among risk groups who live in area responsibility of Ban Pancharoen Sub-District Health Promoting Hospital Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province. *KKU Journal for Public Health Research*, 13(3), 56–68. (in Thai)
- Kianbun, D., Punnipatpaibun, P., Mayusiri, B., & Navawatcharin, N. (2024). Development for type 2 diabetes patients care model with strict behavior modification to enter diabetes in remission Subdistrict Health Promoting Hospital, Chumphon Province. *Journal of Environmental and Community Health*, 9(6), 540-550. (in Thai)
- Laoprasit, P. (2023). The development of diabetes mellitus patients care model that uncontrolled blood sugar in community hospital and network. *Region 11 Medical Journal*, 37(1), 32-48. (in Thai)

- Lean, M. E., Leslie, W. S., Barnes, A. C., et al. (2019). Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 7(5), 344–355. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30068-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30068-3)
- Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (2025). *The report system sends 43 files (HDC)*. [https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php) (in Thai)
- Ngamwong, M., Utta, S., Polbuppha, A., Mudpha, C., & Jampa, A. (2019). A synthesis of the behavioral change intervention in risky people to diabetes mellitus (DM). *The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal*, 17(1), 56-71. (in Thai)
- Pornpatkul, V., Nopparatchon, S., & Tejavivaddhana, P. (2024). The strategies to support lifestyle modifications for achieving diabetes remission. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 47(4), 11-25. (in Thai)
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Sribantao, K. (2025). Model of care for type 2 diabetic patients to enter diabetes remission, Ban Na Champa Subdistrict Health Promotion Hospital, Don Chan District, Kalasin Province. *Journal of Environmental and Community Health*, 10(4), 544-551. (in Thai)
- Suksabai, P. (2024). Effectiveness of caring for type 2 diabetic patients to diabetes remission with intensive lifestyle modification, Suratthani Province. *Region 11 Medical Journal*, 38(1), 27-43. (in Thai)
- Taylor, R., Al-Mrabeh, A., & Sattar, N. (2018). Understanding the mechanisms of reversal of type 2 diabetes. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 7(9), 726-736. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30076-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30076-2)
- Thai Health Promotion Foundation. (2024). *Diabetes situation in Thailand 2024*. Thai Health Promotion Foundation. (in Thai)
- The Diabetes Association of Thailand. (2023). *Clinical practice guideline for diabetes 2023*. Srimuang Printing. (in Thai)

## บทความวิจัย (Research article)

การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี

The Development of Health Promotion Program for Behavior Modification  
on Hypertension Control of the Elderly in Phetchaburi Province

เศกสรรค์ ชานมณีรัตน์<sup>1</sup>, ปรีดานันท์ ประสิทธิ์เวช<sup>2</sup>, คมสัน แก้วระยยะ<sup>2\*</sup>

Seksan Chanmaneerat<sup>1</sup>, Preedanant Prasitvej<sup>2</sup>, Komsan Kaewraya<sup>2\*</sup>

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

(Received: February 9, 2026; Revised: June 18, 2026; Accepted: June 21, 2026)

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ ดำเนินการ 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานะสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงนิเวศวิทยากับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 397 คน ด้วยการสุ่มหลายขั้นตอน และข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนจำนวน 16 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์เนื้อหา 2) พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรคแนวคิดโมเดลเชิงนิเวศวิทยาและแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ และ 3) ประเมินประสิทธิผล ความเป็นไปได้ และกระบวนการดำเนินงานของโปรแกรม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 33 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ แบบสอบถามผู้ดูแล และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของโปรแกรม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบทีและการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมผลการวิจัยพบว่า

1. สถานะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.89$ ,  $SD = .48$ ) ปัจจัยเชิงนิเวศวิทยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .617$ ,  $p < .001$ ) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะการดูแลตนเอง ขาดระบบติดตามเชิงรุก และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการควบคุมโรค

<sup>1</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

Public Health Technical Officer (Senior Professional Level), Phetchaburi Provincial Public Health Office

<sup>2</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

2. โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี มีการบูรณาการปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาทั้งระดับบุคคล ระหว่างบุคคล องค์กร ชุมชน และนโยบาย

3. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $t = 2.04, 5.03; p = .046, < .001$ ) มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = 4.76, 3.71; p < .001$ ) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.89, SD = .48$ ) รวมทั้ง ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น ( $t = 6.23, p < .001$ ) แต่ทัศนคติ และพฤติกรรมการสนับสนุนไม่เปลี่ยนแปลง

โปรแกรมนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว หน่วยบริการสุขภาพ และชุมชนได้อย่างครอบคลุมตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ, โรคความดันโลหิตสูง, โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, แนวคิดเชิงนิเวศวิทยา

## Abstract

This research and development study consisted of three phases. Phase 1 explored the health status of older adults with hypertension and the relationships between ecological factors and health status. Quantitative data were collected from 397 older adults with hypertension using multistage random sampling, while qualitative data were obtained from 16 community stakeholders. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and content analysis. Phase 2 involved the development of the health promotion program. Phase 3 evaluated the program's effectiveness, feasibility, and implementation process using a two-group pretest–posttest quasi-experimental design. Sixty-six older adults with hypertension and their caregivers were equally assigned to the experimental and control groups. Data were analyzed using descriptive statistics, t-tests, and analysis of covariance. The findings showed that;

1. The overall health status of older adults with hypertension was high ( $M = 3.89, SD = .48$ ), and ecological factors were positively associated with health status ( $r = .617, p < .001$ ). Qualitative findings indicated insufficient knowledge and self-care skills, inadequate proactive follow-up, and limited supportive environments for hypertension control.

2. The developed program integrated ecological factors at the individual, interpersonal, organizational, community, and policy levels.

3. The program was effective in improving outcomes among the experimental group. Participants demonstrated significantly higher knowledge scores after the intervention and compared with the control group ( $t = 2.04, 5.03; p = .046$  and  $< .001$ , respectively). Both systolic and diastolic blood pressure significantly decreased ( $t = 4.76, 3.71; p < .001$  respectively). Older adults and Caregivers reported a high level of satisfaction with the program ( $M = 3.89, SD = .48$ ), and caregivers significantly improved knowledge ( $t = 6.23, p < .001$ ), whereas their attitudes and supportive behaviors did not significantly change.

The program is effective and feasible for promoting self-management among community-dwelling older adults through collaborative support from families, healthcare providers, and communities.

**Keywords:** Older adults, Hypertension, Health promotion program, Behavior modification, Ecological model

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางการแพทย์และระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคนไทยมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 45.18 ปี ในปี ค.ศ. 1950 เป็น 77.10 ปี ในปี ค.ศ. 2026 ส่งผลให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว (United Nations Population Fund Thailand, 2024). อย่างไรก็ตาม การมีอายุยืนยาวมิได้หมายถึงการมีสุขภาพที่ดีเสมอไป เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก คาดการณ์แนวโน้มภาระโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 1.5 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 และ 2.0 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 (Satoh et al., 2026)

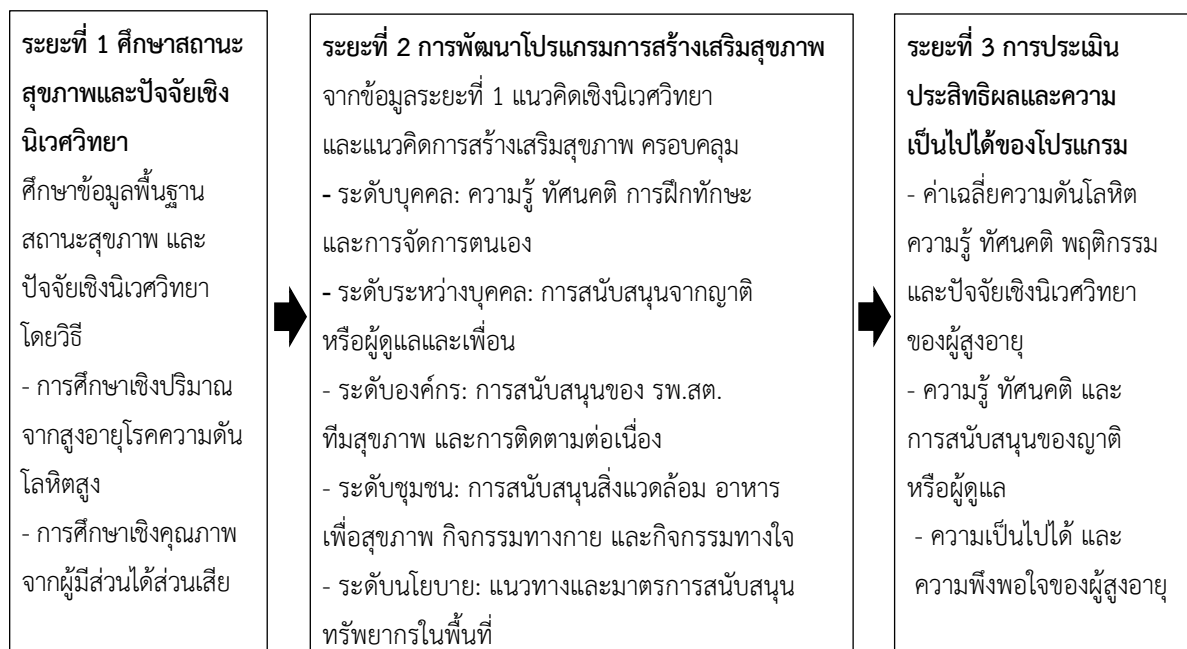
โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการรับบริการผู้ป่วยนอก มีการรับบริการ 23.05 ล้านครั้ง หรือร้อยละ 13.06 ของบริการทั้งหมด และมีค่าใช้จ่ายสูงถึง 1,197.62 ล้านบาท (National Health Security Office, 2024) ขณะเดียวกัน การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 ชี้ให้เห็นว่าความชุกของโรคเพิ่มสูงขึ้นตามอายุอย่างชัดเจน และพบสูงถึงร้อยละ 76.81 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป อีกทั้งยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่แม้ได้รับการรักษาแล้วแต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคโซเดียมสูง กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอและการบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ (Patanavanich & Aekplakorn, 2025) สำหรับจังหวัดเพชรบุรี สถานการณ์มีแนวโน้มรุนแรงสอดคล้องกับภาพรวมของประเทศ โดยสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มจากร้อยละ 19.50 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 24.29 ในปี 2567 ขณะเดียวกันความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มจากร้อยละ 11.11 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 16.22 ในปี 2567 (Phetchaburi Provincial Public Health Office, 2024) แม้จังหวัดเพชรบุรีจะมีการดำเนินงานตามระบบบริการปฐมภูมิอยู่แล้ว ได้แก่ คลินิกโรคเรื้อรัง การจ่ายยา การติดตามตามนัด สุขศึกษา การเยี่ยมบ้าน และการติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่ก็ยังพบความชุกของโรคเพิ่มขึ้นและยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สะท้อนว่าการดำเนินงานแบบเดิมยังไม่เพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจำนวนมากเน้นการให้สุศึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลเป็นหลัก (Prompan et al., 2019; Patatayo et al., 2020; Hormniam et al., 2023) ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ซับซ้อนและต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน อีกทั้งยังพบช่องว่างของงานวิจัยที่มีการบูรณาการปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาครบทุกระดับตั้งแต่ระดับบุคคล ระหว่างบุคคล องค์กร ชุมชน และนโยบาย ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดเชิงนิเวศวิทยาของ McLeroy et al. (1988) ร่วมกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว หน่วยบริการ และชุมชนมีบทบาทร่วมกันในการควบคุมโรคอย่างยั่งยืน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ แนวคิดเชิงนิเวศวิทยาของ McLeroy et al. (1988) ร่วมกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรม โดยมีสมมติฐานพื้นฐานว่าการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยระดับบุคคลเท่านั้น แต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยหลายระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบาย เพื่อเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรค อันนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ พฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดีขึ้น รายละเอียดตามภาพ



**ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย** เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงนิเวศวิทยากับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบุรี
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความเป็นไปได้ของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบุรี

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤษภาคม - กันยายน 2568 จำแนกเป็น 3 ระยะ รายละเอียด ดังนี้

**1. การศึกษาสถานะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงนิเวศวิทยากับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดเพชรบุรี** เป็นการวิจัยผสมผสานแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (explanatory sequential design) รายละเอียด ดังนี้

**1.1 การวิจัยเชิงปริมาณ** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเพชรบุรี ปี 2567 จำนวน 397 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มหลายขั้นตอน จากคลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 8 อำเภอ 93 ตำบล โดยการคำนวณตามสัดส่วนในแต่ละตำบล และทำการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำแนกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามสถานะสุขภาพ จำนวน 27 ข้อ และแบบสอบถามปัจจัยเชิงนิเวศวิทยา จำนวน 30 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนระหว่าง 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด ตามลำดับจนถึง 5 คะแนน แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI/Ave) เท่ากับ .98 และผ่านการทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั่วไป และคะแนนจากแบบสอบถาม โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานะสุขภาพและปัจจัยเชิงนิเวศวิทยา โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment coefficient)

**1.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ** โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ญาติหรือผู้ดูแล ผู้บริหารหรือผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน แกนนำผู้สูงอายุ อสม. และบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีบทบาทหรือประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสิ้น 16 คน คัดเลือกแบบเจาะจงจากตำบลหนองกะปุและตำบลห้วยท่าช้าง พื้นที่ละ 8 คน

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคำถามถึงโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา ครอบคลุมสถานการณ์การดูแล การรับรู้ปัญหาและผลกระทบ พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของครอบครัว อสม. หน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้นำชุมชนและองค์กรท้องถิ่น ปัญหาและอุปสรรคทรัพยากรสนับสนุนในพื้นที่ และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาโปรแกรม โดยใช้เวลา 45–60 นาทีต่อรายหรือจนได้ข้อมูลครบถ้วนตามประเด็นที่ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา 5 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระหว่างบุคคล องค์กร ชุมชน และนโยบาย

## 2. การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี

นำข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 มาบูรณาการกับแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา (McLeroy et al., 1988) และแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และพัฒนาเป็นโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบุรี นำโปรแกรมที่ได้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำโปรแกรมฉบับสมบูรณ์ไปใช้ในการทดลองจริง

## 3. การศึกษาประสิทธิผลและความเป็นไปได้ของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-groups pretest-posttest design) รายละเอียด ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุอายุ 60–79 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทได้ (Thai Hypertension Society, 2024). โดยขึ้นทะเบียนรับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิตำบลหนองกะป๋อ อำเภอบ้านลาด และตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย ในปีงบประมาณ 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 60–79 ปี คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*Power สำหรับการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) เลือกรูปแบบการทดสอบทางเดียว กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .90 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 33 คน รวมทั้งสิ้น 66 คน

กำหนดพื้นที่การวิจัยโดยผู้สูงอายุในตำบลหนองกะป๋อเป็นกลุ่มทดลอง และตำบลห้วยท่าช้างเป็นกลุ่มควบคุม และจับคู่ตามเพศ อายุ และค่าความดันโลหิต โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2) ขึ้นทะเบียน

และพำนักรักษาในพื้นทีศึกษาน้อย 3 เดือน 3) มีความสามารถในการรับรู้และสื่อสารได้ โดยผ่านการคัดกรอง Mini-Cog ตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป 4) และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ โดยมีคะแนน Barthel ADL Index  $\geq 12$  คะแนน และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาโครงการ ส่วนญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ทั้งการฟัง พูด อ่าน และเขียน ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ สามารถใช้สมาร์ตโฟนหรืออุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่เชื่อมต่อกับสัญญาณอินเทอร์เน็ตเพื่อรับส่งข้อมูลได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้น มีระยะเวลาจัดกิจกรรม 8 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ การเจ็บป่วย โรคประจำตัว ประวัติญาติ และค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้าย ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ เป็นข้อสอบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนนเมื่อเลือกคำตอบที่ถูกต้อง และ 0 คะแนนเมื่อเลือกคำตอบผิดหรือไม่ตอบ รวมคะแนน 0–15 และจัดระดับความรู้แบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ( $< 60\%$ ) ปานกลาง ( $60-79\%$ ) และสูง ( $\geq 80\%$ ) ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติ พฤติกรรม และปัจจัยเชิงนิเวศวิทยา เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

2.2 แบบสอบถามสำหรับญาติหรือผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการอบรม ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ คำตอบแทน และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ เป็นข้อสอบปรนัย 4 ตัวเลือก 15 ข้อ ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนนเมื่อเลือกคำตอบที่ถูกต้อง และ 0 คะแนนเมื่อเลือกคำตอบผิดหรือไม่ตอบ รวมคะแนน 0–15 และจัดระดับความรู้แบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ( $< 60\%$ ) ปานกลาง ( $60-79\%$ ) และสูง ( $\geq 80\%$ ) และส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ และส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 35 ข้อ

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุและญาติหรือผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 21 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

แบบสอบถามในข้อ 2.1 ข้อ 2.2 และข้อ 2.3 ที่เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีการให้คะแนนระหว่าง น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ตามลำดับจนถึงมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน คิดคะแนนเฉลี่ยจำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Best, 1977) ค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด 1.81–2.60 หมายถึง ระดับน้อย 2.61–3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.41–4.20 หมายถึง ระดับมาก และ 4.21–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

2.4 แบบประเมินความเป็นไปได้ (fidelity) จำนวน 37 ข้อ ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ ความพร้อมก่อนดำเนินการกิจกรรม ความครบถ้วนตามแผนของกิจกรรม ปริมาณและระยะเวลาที่ได้รับโปรแกรม คุณภาพการดำเนินการกิจกรรมและการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วม และการนำไปปฏิบัติจริงร่วมกับการติดตามต่อเนื่อง ให้คะแนนปฏิบัติได้ตามเกณฑ์เท่ากับ 1 คะแนน และปฏิบัติไม่ได้ตามเกณฑ์เท่ากับ 0 คะแนน กรณีข้อใดไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น ให้ระบุว่าไม่เกี่ยวข้องและไม่นำมาคิดคะแนนรวม (N/A) คิดคะแนนเป็นร้อยละ โดยกำหนดเกณฑ์การแปล ดังนี้ ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ระดับสูง ร้อยละ 60–79 หมายถึง ระดับปานกลาง และต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับต่ำ

2.5 เครื่องวัดความดันโลหิต ที่ได้รับการสอบเทียบมาตรฐานอ้างอิงตามแนวทางมาตรฐานของสมาคมความดันโลหิตสูงและมาตรฐาน ISO สำหรับเครื่องวัดความดันโลหิตแบบไม่ใช้ปรอท โดยกำหนดให้ค่าความคลาดไม่เกิน  $\pm 3$  มม.ปรอท เมื่อเทียบกับเครื่องมาตรฐาน

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แบบสอบถามผู้สูงอายุ แบบสอบถามญาติหรือผู้ดูแล แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม และแบบประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรม มีค่า S-CVI/Ave เท่ากับ .99, .99, .98 และ.83 ตามลำดับ แก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และทดลองใช้กับญาติหรือผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง โดยแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุในส่วนของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR) 20 เท่ากับ .73 ส่วนแบบวัดทัศนคติ พฤติกรรม และปัจจัยเชิงนิเวศวิทยา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 แบบสอบถามญาติหรือผู้ดูแล โดยแบบวัดความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ .72 ส่วนแบบวัดทัศนคติ และการสนับสนุนพฤติกรรมควบคุมโรค มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบุรี ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 7 กิจกรรม โดยมี 2 องค์ประกอบหลัก คือ แนวทางและแผนการจัดโปรแกรม และชุดเครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเอง ลักษณะสำคัญของโปรแกรม ได้แก่ การใช้สื่อภาพขนาดใหญ่ การตั้งเป้าหมายร่วมกับญาติหรือผู้ดูแล การติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้าน ตลอดจนการจัดทำแผนชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ตามตาราง 1

ตาราง 1 ขั้นตอนและกิจกรรมของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบุรี

| ขั้นตอน                              | กิจกรรมหลักและระยะเวลา                                                                                                                                                                                                                                                                   | สรุปสาระสำคัญ                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ขั้นเตรียมความพร้อม               | 1. รู้จักเรา รู้จักกัน รู้เท่าทันความดันโลหิต<br>(สัปดาห์ที่ 0, วันที่ 1, เวลา 120 นาที)<br>2. ตระหนักสัณนิท พิษิตความดัน<br>ร่วมด้วยช่วยกัน ดูแลให้ดี<br>(สัปดาห์ที่ 0, วันที่ 1, เวลา 120 นาที)<br>3. ฝึกกิน ฝึกกาย ฝึกใจ ให้ปรับเปลี่ยนได้<br>(สัปดาห์ที่ 0, วันที่ 2, เวลา 120 นาที) | สร้างสัมพันธ์ภาพและการประเมินพื้นฐาน<br>การเสริมความรู้ ทักษะคิด<br>ฝึกทักษะการเลือกอาหาร การออกกำลังกาย<br>กาย การลดความเครียด การใช้ยา<br>การวัดความดันโลหิตที่บ้านและการใช้<br>แบบบันทึกข้อมูล                                                 |
| 2. ขั้นวางแผนและสร้างพันธะสัญญา      | 4. ร่วมตั้งเป้าหมาย ร่วมสัญญาใจ แล้วไปให้ถึง<br>(สัปดาห์ที่ 0, วันที่ 2, เวลา 120 นาที)                                                                                                                                                                                                  | กำหนดเป้าหมายและวางแผนพฤติกรรม<br>ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับญาติหรือผู้ดูแล<br>โดยใช้หลัก SMART goals                                                                                                                                            |
| 3. ขั้นลงมือปฏิบัติและติดตามสนับสนุน | 5. บูรณาการความร่วมมือ เพราะเราคือพลังแห่งสังคม<br>(สัปดาห์ที่ 1, วันที่ 1, เวลา 180 นาที)<br>6. นัดชื่นชม เยี่ยมให้กำลังใจ<br>(สัปดาห์ที่ 1-8, สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 20-30 นาที)                                                                                                       | ขับเคลื่อนแผนสุขภาพชุมชน ภายใต้การ<br>สนับสนุนของญาติหรือผู้ดูแล ครอบครัว<br>ผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพ อสม. และ<br>รพ.สต.<br>การติดตามทางโทรศัพท์ LINE Video<br>Call และการเยี่ยมบ้าน เพื่อแก้ไขปัญหา<br>และให้การสนับสนุนเฉพาะรายอย่าง<br>ต่อเนื่อง |
| 4. ขั้นประเมินผล                     | 7. วันสู่เส้นชัยแห่งความสำเร็จ<br>(สัปดาห์ที่ 9, วันที่ 1, เวลา 180 นาที)                                                                                                                                                                                                                | การประเมินผลหลังการทดลอง<br>การสะท้อนบทเรียน<br>การประกาศเจตนารมณ์ชุมชน และการ<br>วางแผนทางความต่อเนื่องหลังสิ้นสุด<br>โปรแกรม                                                                                                                    |

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และคะแนนจากแบบสอบถามความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเชิงนิเวศวิทยา การสนับสนุนพฤติกรรมของญาติหรือผู้ดูแล ความเป็นไปได้ของโปรแกรม และความพึงพอใจต่อโปรแกรม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และตรวจสอบการแจกแจงปกติด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า  $p\text{-value} > .05$

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความดันโลหิต ความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมการควบคุมโรค และปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบแบบเป็นอิสระ

ต่อกัน (independent t-test) พบว่า ตัวแปรความดันโลหิตตัวล่างก่อนการทดลอง (pretest) ระหว่าง 2 กลุ่มแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (analysis of covariance: ANCOVA)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการควบคุมโรค และปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสนับสนุนของญาติหรือผู้ดูแล ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คคม. 009/2568 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม 2568

### ผลการวิจัย

1. สถานะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงนิเวศวิทยากับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดเพชรบุรี

1.1 ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีสถานะสุขภาพและปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.89, 3.78; SD = .48, .47$ ) และปัจจัยเชิงนิเวศวิทยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .617, p < .001$ )

1.2 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน สามารถสรุปสาระสำคัญตามประเด็นที่ศึกษาได้ ดังนี้

1.2.1 สถานการณ์ ข้อจำกัด และการรับรู้ของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่ตระหนักถึงความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการเลือกรับประทานอาหารลดเค็ม การใช้ยา และการวัดความดันโลหิตที่บ้าน นอกจากนี้ ข้อจำกัดตามวัย เช่น สายตา ความจำ และสมรรถภาพทางร่างกาย ส่งผลต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง

1.2.2 บทบาทและข้อจำกัดของญาติหรือผู้ดูแล ญาติหรือผู้ดูแลนับเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งการเตือนรับประทานยา การจัดอาหาร ส่งเสริมการออกกำลังกาย ช่วยวัดความดันโลหิต และให้กำลังใจ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลยังมีข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงาน และความต่อเนื่องในการติดตามสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.2.3 ความต้องการการสนับสนุนและระบบติดตามเชิงรุก ยังขาดระบบติดตามเชิงรุกที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นรูปธรรม ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องการการติดตาม สนับสนุน และให้คำแนะนำ

อย่างต่อเนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิ อสม. ผู้นำชุมชน และแกนนำสุขภาพ เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น

1.2.4 การจัดการสิ่งแวดล้อมเชิงนโยบายและทรัพยากรชุมชน สภาพแวดล้อมในชุมชนยังไม่เอื้อต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะด้านอาหารลดเค็ม พื้นที่ออกกำลังกาย และเครื่องวัดความดันโลหิต จำเป็นต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากนโยบายท้องถิ่น ทรัพยากรชุมชน ผู้นำชุมชน และข้อตกลงร่วม เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างยั่งยืน

2. ประสิทธิผลและความเป็นไปได้ของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบุรี

2.1 ข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.79 มีอายุ 70–79 ปี ร้อยละ 63.64 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.94 อาชีพหลักคือเกษตรกร ร้อยละ 36.36 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 66.67 ไม่มีประวัติการนอนโรงพยาบาลในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 84.85 และไม่มีโรคประจำตัวร่วม ร้อยละ 60.61 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.79 อายุ 70–79 ปี ร้อยละ 60.61 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.91 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 45.45 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 35.39 ไม่เคยนอนโรงพยาบาลในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 93.94 และไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วม ร้อยละ 54.55

2.2 การเปรียบเทียบความดันโลหิต ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ยกเว้น ค่าความดันโลหิตตัวล่าง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = 11.624, p < .001$ ) ในขณะที่หลังการทดลองพบว่า มีเพียงค่าเฉลี่ยความรู้ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $t = 2.04, p = .046$ ) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความดันโลหิต ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และปัจจัยเชิงนิเวศวิทยา จำแนกตามกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

| ตัวแปร              | กลุ่มทดลอง |       | กลุ่มควบคุม |       | Mean difference | t        | p-value |
|---------------------|------------|-------|-------------|-------|-----------------|----------|---------|
|                     | (n = 33)   |       | (n = 33)    |       |                 |          |         |
|                     | M          | SD    | M           | SD    |                 |          |         |
| ความดันโลหิตตัวบน   |            |       |             |       |                 |          |         |
| ก่อนทดลอง           | 146.02     | 9.58  | 142.71      | 4.76  | 3.30            | .009     | .926    |
| หลังทดลอง           | 132.68     | 12.46 | 134.06      | 8.55  | -1.38           | -.52     | .602    |
| ความดันโลหิตตัวล่าง |            |       |             |       |                 |          |         |
| ก่อนทดลอง           | 82.91      | 7.02  | 80.76       | 10.25 | 2.15            | 11.624** | <.001   |
| หลังทดลอง           | 77.12      | 9.58  | 80.53       | 7.88  | -3.41           | -1.58    | .120    |

ตาราง 2 (ต่อ)

| ตัวแปร               | กลุ่มทดลอง |      | กลุ่มควบคุม |      | Mean difference | t      | p-value |
|----------------------|------------|------|-------------|------|-----------------|--------|---------|
|                      | (n = 33)   |      | (n = 33)    |      |                 |        |         |
|                      | M          | SD   | M           | SD   |                 |        |         |
| ความรู้              |            |      |             |      |                 |        |         |
| ก่อนทดลอง            | 7.94       | 2.70 | 8.79        | 2.57 | .85             | .100   | .753    |
| หลังทดลอง            | 11.33      | 2.20 | 10.24       | 2.15 | 1.09            | 2.04*  | .046    |
| ทัศนคติ              |            |      |             |      |                 |        |         |
| ก่อนทดลอง            | 4.19       | .35  | 3.95        | .39  | .24             | 1.002  | .321    |
| หลังทดลอง            | 4.16       | .45  | 4.06        | .34  | .10             | .99    | .325    |
| พฤติกรรม             |            |      |             |      |                 |        |         |
| ก่อนทดลอง            | 3.55       | .48  | 3.40        | .47  | .15             | 3.144  | .081    |
| หลังทดลอง            | 3.57       | .54  | 3.56        | .41  | .01             | .09    | .927    |
| ปัจจัยเชิงนิเวศวิทยา |            |      |             |      |                 |        |         |
| ก่อนทดลอง            | 3.47       | .59  | 3.60        | .53  | -.13            | -1.705 | .196    |
| หลังทดลอง            | 3.69       | .52  | 3.80        | .45  | -.11            | -.93   | .355    |

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

2.3 การเปรียบเทียบความดันโลหิต ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = 4.76, 3.71; p < .001$ ) ในขณะที่ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ยกเว้น ค่าความดันโลหิตตัวล่าง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 11.624, p < .001$ ) รวมทั้งมีค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ( $t = 5.03, p < .001$ ) ส่วนทัศนคติ พฤติกรรม และปัจจัยเชิงนิเวศวิทยา ไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 33)

| ตัวแปร               | ก่อนการทดลอง |      | หลังการทดลอง |       | Mean<br>difference | t        | p-value |
|----------------------|--------------|------|--------------|-------|--------------------|----------|---------|
|                      | M            | SD   | M            | SD    |                    |          |         |
| ความดันโลหิตตัวบน    | 146.02       | 9.58 | 132.68       | 12.46 | -13.33             | -4.76*** | <.001   |
| ความดันโลหิตตัวล่าง  | 82.91        | 7.02 | 77.12        | 9.58  | -5.79              | -3.71*** | <.001   |
| ความรู้              | 7.94         | 2.70 | 11.33        | 2.20  | 3.39               | 5.03***  | <.001   |
| ทัศนคติ              | 4.19         | .35  | 4.16         | .45   | -.03               | -.32     | .748    |
| พฤติกรรม             | 3.55         | .48  | 3.57         | .54   | .02                | .16      | .874    |
| ปัจจัยเชิงนิเวศวิทยา | 3.47         | .59  | 3.69         | .52   | .22                | 1.69     | .101    |

\*\*\* $p < .001$

เมื่อทำการเปรียบเทียบความดันโลหิตตัวของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANCOVA) โดยควบคุมตัวแปร (covariate) ก่อนการทดลอง (pretest) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 4.459, p = .039$ ) รายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมเปรียบเทียบความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่างกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุม

| แหล่งความแปรปรวน     | Sum of Square | df | Mean Square | F         | p-value |
|----------------------|---------------|----|-------------|-----------|---------|
| ตัวแปรร่วม (pretest) | 767.648       | 1  | 767.648     | 11.624*** | <.001   |
| ระหว่างกลุ่ม         | 294.477       | 1  | 294.477     | 4.459*    | .039    |
| error                | 4160.337      | 63 | 66.037      |           |         |
| Total                | 5119.746      | 65 | 78.765      |           |         |

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

2.4 ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสนับสนุนของญาติหรือผู้ดูแล ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = 6.23, p < .001$ ) ในขณะที่ทักษะ และพฤติกรรมการสนับสนุนไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 5

ตาราง 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสนับสนุนของญาติหรือผู้ดูแล ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ( $n = 33$ )

| ตัวแปร              | ก่อนการทดลอง |      | หลังการทดลอง |      | Mean difference | t        | p-value |
|---------------------|--------------|------|--------------|------|-----------------|----------|---------|
|                     | M            | SD   | M            | SD   |                 |          |         |
| ความรู้             | 8.94         | 2.22 | 11.61        | 1.89 | -2.67           | -6.23*** | < .001  |
| ทักษะ               | 4.20         | .40  | 4.25         | .42  | -.05            | -.58     | .566    |
| พฤติกรรมการสนับสนุน | 2.96         | .66  | 3.12         | .56  | -.16            | -1.18    | .247    |

\* $p < .001$

2.5 ผลการประเมินความเป็นไปได้ พบว่า โปรแกรมสามารถดำเนินการได้ครบถ้วนตามรายการกิจกรรมที่กำหนด โดยมีค่ามีความครบถ้วนของการดำเนินการตามรายการกิจกรรม (adherence) ร้อยละ 100 และมีค่า Fidelity index รายการกิจกรรมอยู่ระหว่างร้อยละ 89.72–101.39 และมีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม ร้อยละ 95.93 ส่วนด้านการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุและญาติหรือผู้ดูแลมีอัตราการเข้าร่วมเฉลี่ยร้อยละ 93.94 และ 96.97 ตามลำดับ และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.89, SD = .48$ )

## การอภิปรายผล

1. สถานะสุขภาพและความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า แม้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะมีสถานะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก แต่ยังคงเผชิญช่องว่างสำคัญด้านการควบคุมโรค เช่น พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมสูง การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ความไม่ต่อเนื่องในการใช้ยา การติดตามความดันโลหิตที่บ้าน รวมถึงการขาดเป้าหมายที่ชัดเจนในการควบคุมโรค ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมียุทธศาสตร์ในการจัดการตนเอง แต่ระบบบริการจำเป็นต้องปรับรูปแบบจากการให้สุศึกษาทั่วไป เป็นการสื่อสารสุขภาพที่เข้าใจง่าย การฝึกทักษะ และการติดตามผลอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทชีวิต ดังผลการศึกษาเชิงปริมาณสนับสนุนกรอบแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาโดยพบว่า ปัจจัยเชิงนิเวศวิทยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสถานะสุขภาพ ( $r = 0.617, p < .001$ ) ซึ่งอธิบายได้ว่าสถานะสุขภาพเป็นผลลัพธ์จากปฏิสัมพันธ์แบบพหุระดับ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากญาติ บทบาทของ อสม. และหน่วยบริการปฐมภูมิ ไปจนถึงสภาพแวดล้อมและนโยบายของชุมชน ข้อมูลเชิงคุณภาพช่วยยืนยันว่า ญาติมีบทบาทหลักในการดูแลกิจวัตรประจำวันและการให้กำลังใจ ขณะที่ อสม. และ รพ.สต. ทำหน้าที่ติดตามและเชื่อมโยงระบบบริการ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Boonyathee et al. (2021) ที่พบว่า ผู้ดูแลช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดความดันโลหิตได้ และ Pirkle et al. (2023) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุ ขณะที่ Isnaini et al. (2025) รายงานว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองและส่งเสริมการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัญหาเชิงระบบที่ต้องอาศัยการจัดการเชิงนิเวศวิทยา มากกว่าการมุ่งเน้นเพียงวินัยส่วนบุคคลของตัวผู้ป่วยเอง

2. ประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ของโปรแกรม พบว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบพหุระดับเชิงนิเวศวิทยามีแนวโน้มส่งผลเชิงบวกต่อการควบคุมความดันโลหิต โดยเฉพาะการลดความดันโลหิตตัวบน และช่วยเพิ่มความรู้ของญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งจุดเด่นของโปรแกรมคือ การผสมผสานการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเข้ากับแรงสนับสนุนจากครอบครัว หน่วยบริการสุขภาพ และชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ McLeroy et al. (1988) ที่อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน จำเป็นต้องได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายระดับที่ทำงานร่วมกัน เมื่อพิจารณาตามตัวแปรความดันโลหิตตัวล่างพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความดันโลหิตตัวบนลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองเช่นกัน แต่ไม่พบความแตกต่างเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม อาจเนื่องจากโปรแกรมใช้ระยะเวลาสั้นเพียง 8 สัปดาห์ รวมทั้ง การลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุอาจต้องอาศัยระยะเวลาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการติดตามที่ยาวนานขึ้น เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามวัย (Cano-Montoya et al., 2025) เมื่อพิจารณาตามแนวคิดปัจจัยเชิงนิเวศวิทยา โปรแกรมนี้ มีกิจกรรมแบบพหุระดับที่เชื่อมโยงการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว หน่วยบริการสุขภาพ ไปจนถึงชุมชน โดยในระดับบุคคล โปรแกรมมุ่งพัฒนาความรู้และทักษะการจัดการตนเอง เช่น การลดอาหารเค็ม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การใช้ยาอย่างถูกต้อง และการวัด

ความดันโลหิตที่บ้าน โดยพบว่าความรู้ของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Chen et al. (2020) ซึ่งสรุปว่า รูปแบบของการให้ความรู้เพื่อการควบคุมโรคความดันโลหิตจะแตกต่างกัน แต่สามารถส่งเสริมให้เกิดการควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านทัศนคติและพฤติกรรม ยังไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคจะมีแนวโน้มดีขึ้นก็ตาม ซึ่งอาจสะท้อนว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมต้องอาศัยเวลาและแรงสนับสนุนจากบริบทแวดล้อมมากขึ้น ในระดับครอบครัว โปรแกรมส่งเสริมบทบาทของญาติหรือผู้ดูแลในการสนับสนุนการใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการสนับสนุนการวัดความดันโลหิต ผลการศึกษาพบว่าญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Boonyathee et al. (2021) ที่ชี้ว่าการสนับสนุนจากผู้ดูแลมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุควบคุมโรคได้ดีขึ้น ในระดับองค์กรและชุมชน โปรแกรมบูรณาการบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ อสม. และผู้นำชุมชน ผ่านการติดตามทางโทรศัพท์ แอปพลิเคชัน และการเยี่ยมบ้าน ช่วยให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน จุดเด่นของโปรแกรมจึงอยู่ที่การเชื่อมโยงเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Woodham et al. (2020) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based care) การสนับสนุนการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว (family-supportive care) พบว่า มีประสิทธิภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมและปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาที่ยังไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ บ่งชี้ถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบติดตามและการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการควบคุมโรค

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ มีระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 8 สัปดาห์ อาจจำกัดความสามารถในการตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตตัวบน การวัดทัศนคติและพฤติกรรมเป็นการรายงานตนเอง จึงอาจมีอคติจากการตอบ รวมทั้ง ยังขาดการติดตามค่าความดันโลหิตโดยวัดซ้ำในหลายช่วงเวลา

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำโปรแกรมไปใช้ควรดำเนินการสนับสนุนปัจจัยในแต่ละระดับ ดังนี้ 1) ระดับบุคคล หน่วยบริการปฐมภูมิควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้และทักษะการจัดการตนเอง รายบุคคล 2) ระดับครอบครัวหรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ควรพัฒนาบทบาทของญาติหรือผู้ดูแลให้เป็นผู้สนับสนุนหลักในคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในชีวิตประจำวัน 3) ระดับหน่วยบริการสุขภาพ ควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นกิจกรรมเสริมจากการดูแลตามปกติ มีระบบติดตามเชิงรุก เพื่อให้สามารถประเมินปัญหาเฉพาะราย และปรับแผนการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง 4) ระดับชุมชน อสม. แกนนำสุขภาพ และผู้นำชุมชน ควรมี

บทบาทในการเสริมแรง และการรวมกลุ่มสร้างเสริมสุขภาพ และ 5) ระดับนโยบาย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรสนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากรที่จำเป็น และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง และควรเพิ่มตัวชี้วัด เช่น การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเครียด รวมทั้ง ประเมินต้นทุนและความคุ้มค่า เพื่อรองรับการขยายผลในระดับปฏิบัติการและนโยบาย

### เอกสารอ้างอิง

- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3<sup>rd</sup> ed.). Prentice-Hall.
- Boonyathee, S., Seangpraw, K., Ong-Artborirak, P., Auttama, N., Tonchoy, P., Kantow, S., Bootsikeaw, S., Choowanthanapakorn, M., Panta, P., & Dokpuang, D. (2021). Effects of a social support family caregiver training program on changing blood pressure and lipid levels among elderly at risk of hypertension in a northern Thai community. *PLoS One*, 16(11), e0259697. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259697>
- Cano-Montoya, J., Hurtado, N., Núñez Vergara, C., Báez Vargas, S., Rojas-Vargas, M., Martínez-Huenschullán, S., Alvarez, C., & Izquierdo, M. (2025). Interindividual variability response to resistance and high-intensity interval training on blood pressure reduction in hypertensive older adults. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*, 12, 30. <https://doi.org/10.3390/jcdd12010030>
- Chen, Y., Li, X., Jing, G., Pan, B., Ge, L., Bing, Z., Yang, K., & Han, X. (2020). Health education interventions for older adults with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Public Health Nursing*, 37(3), 461–469. <https://doi.org/10.1111/phn.12698>
- Hormniam, N., Somkid, M., Piwpong, R., Marangsee, S., Yangnok, S., Kongreungrat, Y., & Saipech, W. (2023). The development of a well-being program for the elderly with hypertension in the Prasat Sub-District, Bandan District, Buriram Province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 31(1), 122–135. (in Thai)
- Isnaini, N., Dewi, F. T., Madyaningrum, E., & Noviana, U. (2025). Family-centered education for older adults with hypertension: A scoping review. *Iranian Journal of Public Health*, 54(1), 36-47. <https://doi.org/10.18502/ijph.v54i1.17573>
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351–377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>

- National Health Security Office. (2024). *NHSO annual report 2024*. Ministry of Public Health.
- Patanavanich, R., & Aekplakorn, W. (2025). *The 7<sup>th</sup> National Health Examination Survey (2024-2025)*. Health Systems Research Institute (HSRI).
- Patatayo, T., Iemsawasdikul, W., & Nuysri, M. (2020). Effects of a health behaviors developing program for the elderly with hypertension at Phlapphla Chai District, Buri Ram Province. *Thai Journal of Nursing*, 69(3), 1–10. (in Thai)
- Phetchaburi Provincial Public Health Office. (2024). *Non-communicable disease database, Phetchaburi Province*. Health Data Center (HDC).
- Pirkle, C. M., Guerra, R. O., Gómez, F., Belanger, E., & Sentell, T. (2023). Socioecological factors associated with hypertension awareness and control among older adults in Brazil and Colombia: Correlational analysis from the international mobility in aging study. *Global Heart*, 18(1), 66. <https://doi.org/10.5334/gh.1282>
- Prompan, C., Khlewkhern, S., & Chanaboon, S. (2019). The effect of the health promotion program to improve behavior control of hypertension patient with hypertension in Noen Yang Sub-District, Kham Muang District, Kalasin Province. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 12(4), 100–114. (in Thai)
- Satoh, M., Nakayama, S., Nobayashi, H., Iwabe, Y., Izumi, S., Murakami, T., Hirose, T., & Metoki, H. (2026). Current hypertension epidemiology and contemporary approaches using the “Real-World Evidence Cycle” framework. *Hypertension Research*, 49, 756–767. <https://doi.org/10.1038/s41440-025-02532-1>
- Thai Hypertension Society. (2024). *2024 Thai guidelines on the treatment of hypertension*. Trick Think.
- United Nations Population Fund Thailand. (2024). *Thailand and population ageing*. <https://thailand.unfpa.org>
- Woodham, N. S., Taneepanichskul, S., Somrongthong, R., Kitsanapun, A., & Sompakdee, B. (2020). Effectiveness of a multidisciplinary approach intervention to improve blood pressure control among elderly hypertensive patients in rural Thailand: A quasi-experimental study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 571–580. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S254286>
- Yang, J., & Park, B. (2025). Evaluation of a health promotion program based on community-based participatory research for older adults at risk for metabolic syndrome: A mixed methods study. *BMC Public Health*, 25, 2231. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23431-7>

## บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม  
ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี  
Effect of a Health Belief Promotion Program on Behaviors for Delaying  
Diabetic Nephropathy among Older Adults with Type 2 Diabetes  
at Banlat District, Phetchaburi Province

ชนาภา สมใจ<sup>1</sup>, ภคพร กลิ่นหอม<sup>1\*</sup>, จินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์<sup>1</sup>

Chanapa Somjai<sup>1</sup>, Pakaporn Klinhom<sup>1\*</sup>, Jintipa Sirikulwiiwat<sup>1</sup>

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

(Received: January 26, 2026; Revised: June 18, 2026; Accepted: June 21, 2026)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 78 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 39 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อม มีค่าความเชื่อมั่นคุณเตอร์-ริชาร์ดสัน 21 เท่ากับ .85 แบบสอบถามพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม และความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลอง ( $t = 14.17, 11.00$ ;  $p < .01$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 12.99, 5.13$ ;  $p < .001$ ) รวมทั้ง มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลอง ( $t = 2.75, p = .04$ ) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 6.17, p < .001$ )

บุคลากรด้านสุขภาพจึงควรนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**คำสำคัญ:** ความเชื่อด้านสุขภาพ, ภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน, ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

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

## Abstract

This quasi-experimental research utilized a pretest-posttest control group design. The objective was to evaluate the effectiveness of a Health Belief Promotion Program on behaviors aimed at delaying Diabetic Nephropathy. The sample consisted of 78 older adults with Type 2 Diabetes, selected through simple random sampling and divided into two groups: an experimental group ( $n = 39$ ) that received the 12-week program and a control group ( $n = 39$ ). Data were collected using a knowledge questionnaire with a Kuder–Richardson 21 reliability coefficient of .85 and a health behavior questionnaire with a Cronbach’s alpha coefficient of .86. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results revealed that after participating in the program, the experimental group of older adults with type 2 diabetes mellitus had significantly higher mean scores for kidney-slowing behaviors and knowledge regarding the prevention of kidney degeneration than before the intervention ( $t = 14.17, 11.00; p < .01$ ). These scores were also significantly higher than those of the control group ( $t = 12.99, 5.13; p < .001$ ). Furthermore, the experimental group’s mean blood glucose level was significantly lower than before the intervention ( $t = 2.75, p = .04$ ) and lower than the control group ( $t = 6.17, p < .001$ ).

Healthcare providers should apply this approach to promote preventive behaviors against complications in diabetic patients with chronic kidney disease (CKD), thereby improving their long-term quality of life.

**Keywords:** Health belief, Diabetic nephropathy, Older adults, Type 2 Diabetes

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก และทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่องในรอบทศวรรษที่ผ่านมา โดยสมาพันธ์ไตโลก (World Kidney Alliance) และสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF, 2024) ระบุว่า โรคเบาหวานเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน (diabetic nephropathy) จนนำไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease: ESRD) ซึ่งเกิดจากอวัยวะซึ่งทำหน้าที่ในการกรอง (glomerulus) ถูกทำลายโดยตรงจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงติดต่อกันเป็นเวลานาน ซึ่งมักแสดงอาการเด่นชัดหลังเป็นโรคอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป แต่ในระยะแรก (ระยะที่ 1 ถึง 3a) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ปรากฏอาการผิดปกติให้เห็นเด่นชัด ส่งผลให้การดำเนินของโรคลุกลามไปสู่ระยะที่รุนแรงได้โดยไม่รู้ตัว (Vijitrasuntornkul, 2022) ดังนั้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จึงเป็นหัวใจสำคัญที่สุดในการตัดวงจรความรุนแรงและชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Heo et al., 2023)

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมป้องกันชะลอไตเสื่อม จำเป็นต้องเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานตามความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model: HBM) (Becker & Maiman, 1986) ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้ง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม ดังผลการศึกษาลงของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a พบว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตได้ (Kaengkong et al., 2019; Pratyatummakul et al., 2025) ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพนี้ เป็นปัจจัยภายในที่สามารถปรับเปลี่ยนได้และมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Suwanmajoo, 2024)

ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังประมาณ 8 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายประมาณ 2 แสนคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มปีละประมาณ 1 หมื่นคน โดยร้อยละ 36.6 มีสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน (Nephrology Society of Thailand, 2024) ซึ่งในปัจจุบันโรคเบาหวานมีจำนวนผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังข้อมูลสุขภาพของอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี พบว่าเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังรายใหม่ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562-2566) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ (Phetchaburi Provincial Public Health Office, 2023) ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรีขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ให้คำแนะนำป้องกัน ควบคุมตามโปรแกรมการป้องกันชะลอไตเสื่อมและการติดตามกระตุ้นเตือนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน เพื่อสร้างองค์ความรู้และแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในการพยาบาล อันจะช่วยชะลอการเสื่อมของไต ยืดระยะเวลาการเข้าสู่การล้างไต และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในท้องถิ่นอย่างยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อม พฤติกรรมชะลอไตเสื่อม และระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อม พฤติกรรมชะลอไตเสื่อม และระดับน้ำตาล ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมกับกลุ่มที่ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

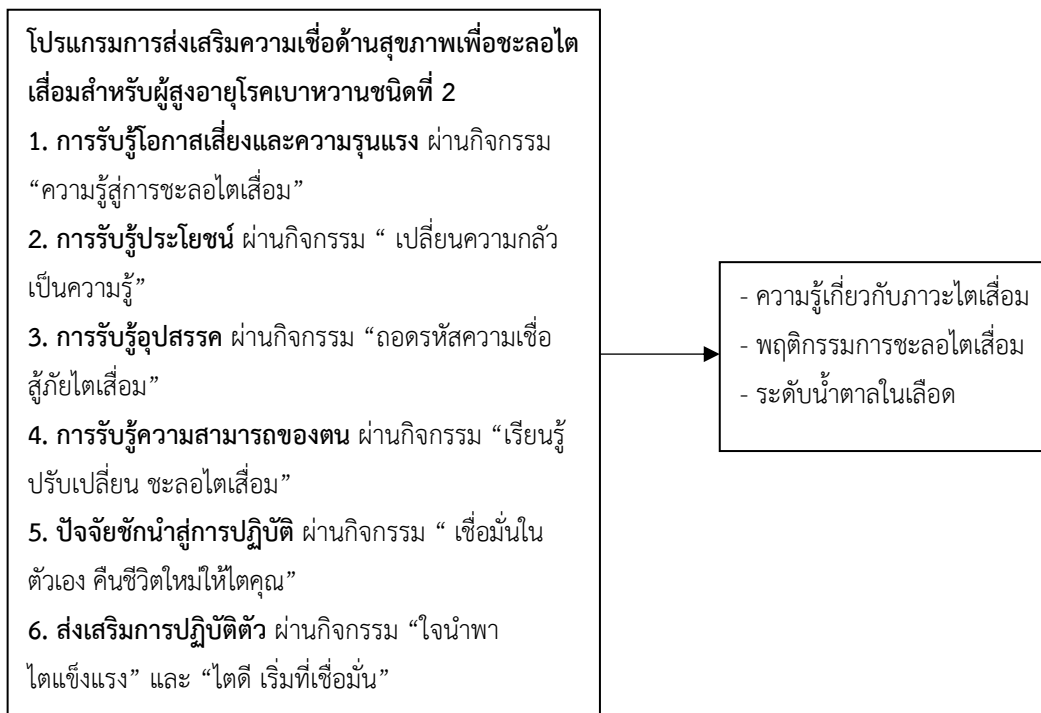
### สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อม พฤติกรรมชะลอไตเสื่อมสูงกว่า

ก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ รวมทั้งมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ซึ่งอธิบายว่าการที่บุคคลจะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรม เกิดจากองค์ประกอบด้านการรับรู้และปัจจัยภายในบุคคล (Rosenstock, 1974) ผู้วิจัยจึงได้นำมาออกแบบเป็นกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ผ่านกิจกรรม "ความรู้สู่การชะลอไตเสื่อม" 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ผ่านกิจกรรม "เปิดโลกผลลัพธ์: เมื่อไตเสื่อมขึ้นวิกฤต" 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ด้วยกิจกรรม "เปลี่ยนความกลัว เป็นความรู้" 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ดำเนินการด้วยกิจกรรม "ถอดรหัสความเชื่อ สู้ภัยไตเสื่อม" 5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ดำเนินการด้วยกิจกรรม "เชื่อมั่นในตัวเอง ค้นชีวิตใหม่ให้ไตคุณ" และ 6) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ดำเนินการด้วยกิจกรรม "ใจนำพา ไตแข็งแรง" ดำเนินการวิจัยจำนวน 12 สัปดาห์ จะส่งผลให้ความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อม และพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมสูงขึ้นรวมทั้งมีระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลง โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2568 รายละเอียด ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศ มีทะเบียนบ้านอยู่ในอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 2,197 คน (Phetchaburi Provincial Public Health Office, 2023)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศ มีทะเบียนบ้านอยู่ในอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาไม่น้อยกว่า 1 ปี และไม่เกิน 15 ปี และมาตรวจตามนัดทุกครั้งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และได้รับการรักษาโดยใช้ยารับประทาน 2) มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (fasting blood sugar: FBS) ครั้งล่าสุด ไม่เกิน 1 เดือน น้อยกว่า 200 mg/dl 3) มีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย  $\geq 90$  มล./นาที/1.73 (มีภาวะไตเสื่อมในระยะ 1-2) 4) อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านลาดจังหวัดเพชรบุรีไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมีที่อยู่แน่นอนสามารถติดต่อได้สะดวก และ 5) มีความสามารถในการอ่าน ฟัง และสนทนาได้ดี 6) เต็มใจเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะการทำการวิจัย กำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการวิจัยและขาดการติดต่อ 2) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ 3) ย้ายที่อยู่หรือสถานบริการ

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1 (Faul et al., 2007) สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน เลือกการทดสอบทางเดียว กำหนดค่าขนาดอิทธิพลจากการวิจัยของ Saringkarn et al. (2022) เท่ากับ .80 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 ค่ากำลังการทดสอบ .90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน แต่ป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2010) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กลุ่มละ 39 คน รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 78 คน

คัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 9 แห่ง จากทั้งหมด 18 แห่งโดยการสุ่มอย่างง่าย ขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก รพ.สต.ละ 8-9 คน และทำการจับคู่ (matched pair) ตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด และจัดเข้ากลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อชะลอการเสื่อมของไต จำนวน 39 คน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลและการดูแลตามปกติของหน่วยบริการสุขภาพ จำนวน 39 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผู้รับบริการ

ใน รพ.สต. เดียวกัน ซึ่งอาจมีโอกาสดเกิดการปนเปื้อน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดมาตรการป้องกัน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแยกตามหมู่บ้านที่ไม่มีอาณาเขตติดต่อกันโดยตรงเพื่อลดการปฏิสัมพันธ์ ดำเนินการประสานงานนัดหมายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเข้ามารับบริการและทำกิจกรรมในวันและเวลาที่แตกต่างกัน รวมทั้ง เน้นย้ำให้กลุ่มทดลองเก็บคู่มือและการบันทึกพฤติกรรมไว้เป็นความลับเฉพาะบุคคลตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์

**เครื่องมือที่ใช้การวิจัย** ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สร้างขึ้นจากทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) (Rosenstock, 1974) และงานวิจัยของ Boonme (2025) ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที และ 2) คู่มือการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เป็นแบบสอบถาม มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย และระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะไตเสื่อม สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คิดคะแนนรวมระหว่าง 0-15 คะแนน จำแนกออกเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) ดังนี้ ระหว่าง 12-15 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง ระดับสูง ระหว่าง 9-11 คะแนน (ร้อยละ 60 – 79) หมายถึง ระดับปานกลาง และระหว่าง 0-8 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al., 1988) และจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 25 ข้อ (ข้อคำถามทางบวก 13 ข้อ และทางลบ 12 ข้อ) จำแนกเป็นด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การใช้ยา และการจัดการกับความเครียด ประกอบด้วย เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ตามลำดับ จนถึงไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ในขณะที่ข้อคำถามทางลบให้คะแนนตรงกันข้ามกัน คิดคะแนนรวม ระหว่าง 25 – 125 คะแนน จำแนกออกเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) ดังนี้ ระหว่าง 25-74 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ระดับต่ำ ระหว่าง 75-99 คะแนน (ร้อยละ 60 – 79) หมายถึง ระดับปานกลาง และระหว่าง 100-125 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง ระดับสูง

2.2 แบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting Blood Sugar: FBS) โดยผู้วิจัยทำการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้ว (Fingertip Capillary Blood Glucose Test) ด้วยเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา (Automated Blood Glucose Meter) ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามมาตรฐาน ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องเป็นผู้ที่ได้รับการงดอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิด (ยกเว้นน้ำเปล่า) มาอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนทำการตรวจ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต่อมไร้ท่อ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านโรคเบาหวาน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะไตเสื่อมและแบบสอบถามพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .94 และ .96 ตามลำดับ ภายหลังการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่าแบบสอบถามความรู้มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 21 เท่ากับ .85 และแบบสอบถามพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยคัดเลือกอาสาสมัคร และแจ้งระยะเวลาการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งช่องทางติดต่อผู้วิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pretest) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

#### 2. ระยะทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ภายหลังเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pretest) แล้วในสัปดาห์ที่ 2-12 ให้กลุ่มตัวอย่างดูแลตนเองและรับการพยาบาลปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในสัปดาห์ที่ 12 นัดหมายเพื่อตรวจระดับ FBS โดยผู้วิจัย ณ วันที่เก็บข้อมูลและตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest)

2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45-60 นาที ดำเนินการจัดกิจกรรมกลุ่มที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยนัดแยกเป็นกลุ่มย่อย ๆ ละ 4-5 คน ตามแต่ละ รพ.สต. ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4 และ 12 ส่วนสัปดาห์ที่ 3, 5-11 ดำเนินกิจกรรมรายเดี่ยวที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม

| สัปดาห์ | วัตถุประสงค์                                            | กิจกรรมและรายละเอียด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1       | เพื่อสร้างความตระหนักและค้นหาปัญหา                      | กิจกรรม “ความรู้สู่การชะลอไตเสื่อม” แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ทำตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและประเมินการทำงานของไตจากประวัติเดิม พร้อมทั้งทำเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pretest) การบรรยาย แจกคู่มือและแบบบันทึกการปฏิบัติตัว                                                                                                      |
| 2       | เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | กิจกรรม “เปลี่ยนความกลัว เป็นความรู้” โดยผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชนที่มีประวัติการปฏิบัติตัวดีและเป็นທີ່เคารพนับถือ มาเป็นต้นแบบในการถ่ายทอดประสบการณ์ เวทีพูดคุย วิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมรายบุคคลเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด รวมทั้งการจัดการอุปสรรคที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้                    |
| 3       | เพื่อส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม   | กิจกรรม “ถอดรหัสความเชื่อ สู้ภัยไตเสื่อม” เน้นให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงผลกระทบและความรุนแรงหากดูแลตัวเองไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งวิเคราะห์อุปสรรคและค้นหาเป้าหมายในการชะลอไตเสื่อมของผู้สูงอายุ                                                                                                                                                            |
| 4       | เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตน                   | กิจกรรม “เรียนรู้ ปรับเปลี่ยน ชะลอไตเสื่อม” แบ่งเป็นกลุ่มย่อย 4-5 คน เพื่อชมวิดีโอและสัมภาษณ์ความเข้าใจเรื่องการออกกำลังกาย จากนั้นลงมือปฏิบัติจริงด้วยการออกกำลังกายท่าฤๅษีดัดตน และฝึกจัดการความเครียดผ่านการนั่งสมาธิ 10 นาที ประกอบเพลงธรรมะ “ตั้งดอกไม้บาน”                                                                                     |
| 5       | เพื่อส่งเสริมการนำปัจจัยชักนำกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ   | กิจกรรม “เชื่อมั่นในตัวเอง คั้นชีวิตใหม่ให้ไตคุณ” จัดกิจกรรมรายบุคคลผ่านเกมค้นหาข้อความสุขภาพ สรุปรายละเอียดให้ผู้สูงอายุสาธิตย้อนกลับ ทั้งเรื่องการเตรียมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพื่อทบทวนความถูกต้อง                                                                                                                          |
| 6       | เพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง              | กิจกรรม “ใจนำพา ไตแข็งแรง” และ “ไตดี เริ่มที่เชื่อมั่น” โดยให้ผู้สูงอายุตั้งเป้าหมายเล็ก ๆ ที่ทำได้จริงในแต่ละสัปดาห์ (เช่น ลดการกินน้ำหวานเหลือวันเว้นวัน) เมื่อทำสำเร็จจะได้รับคำชมเชยและการเสริมแรงทางบวกในกลุ่ม เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปรับพฤติกรรมระยะยาว                                                                                     |
| 7-11    | เพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง              | กิจกรรม “ไตดี...เริ่มที่เชื่อมั่น” การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนใน 3 เรื่องหลัก คือ อาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยจะช่วยกระตุ้นเตือน แนะนำวิธีแก้ปัญหาที่ทำไม่ได้ ชื่นชมให้กำลังใจและเน้นย้ำเรื่องการกินยาและไปพบแพทย์ตามนัด โดยอาศัยกลุ่มเพื่อนช่วยกันเตือนตัวและเตือนซึ่งกันและกัน |
| 12      | เพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง              | นัดหมายกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest) และตรวจระดับ FBS แจ้งผลลัพธ์ความสำเร็จให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับทราบและภาคภูมิใจ                                                                                                                                                                                                            |

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และคะแนนจากแบบสอบถาม และระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $M$ : mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ : Standard Deviation) และทดสอบความเท่าเทียมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยการใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) รวมทั้งตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นการกระจายแบบโค้งปกติ โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test มีค่า  $p - value > .05$

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะไตเสื่อม พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) และวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญ .05

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คจม.พบ.047/2567 รับรองวันที่ 8 มกราคม 2568 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บในไฟล์และถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เก็บรักษาข้อมูลการวิจัยไว้ 1 ปี และทำลายโดยการลบไฟล์ทั้งแบบถาวรไม่สามารถกู้คืนข้อมูลได้

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.10 อายุระหว่าง 60-65 ปี ร้อยละ 56.41 ( $M = 64.43$ ,  $SD = 6.89$ ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 28.21 จบการศึกษาชั้นสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.15 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 58.85 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.97 อายุระหว่าง 60-65 ปี ร้อยละ 64.10 ( $M = 64.66$ ,  $SD = 3.52$ ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.77 จบการศึกษาชั้นสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.46 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 66.67 ผลการทดสอบความเท่าเทียมของข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม

| รายการ                      | กลุ่มทดลอง (n = 39)    |        | กลุ่มควบคุม (n = 39)   |        | ค่าสถิติ          | p-value |
|-----------------------------|------------------------|--------|------------------------|--------|-------------------|---------|
|                             | จำนวน                  | ร้อยละ | จำนวน                  | ร้อยละ |                   |         |
| <b>เพศ</b>                  |                        |        |                        |        | .356 <sup>a</sup> | .65     |
| หญิง                        | 25                     | 64.10  | 23                     | 58.97  |                   |         |
| ชาย                         | 14                     | 35.90  | 16                     | 41.03  |                   |         |
| <b>อายุ (ปี)</b>            | (M = 64.43, SD = 6.89) |        | (M = 64.66, SD = 3.52) |        | .368 <sup>b</sup> | .74     |
| 60-65                       | 22                     | 56.41  | 25                     | 64.10  |                   |         |
| 66-70                       | 12                     | 30.77  | 10                     | 25.64  |                   |         |
| 71-75                       | 4                      | 10.26  | 2                      | 5.13   |                   |         |
| >75                         | 1                      | 2.56   | 2                      | 5.13   |                   |         |
| <b>อาชีพ</b>                |                        |        |                        |        | .682 <sup>c</sup> | .35     |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ           | 11                     | 28.21  | 12                     | 30.77  |                   |         |
| ค้าขาย                      | 10                     | 25.64  | 9                      | 23.08  |                   |         |
| รับจ้าง                     | 7                      | 17.95  | 11                     | 28.21  |                   |         |
| ธุรกิจส่วนตัว               | 5                      | 12.82  | 4                      | 10.26  |                   |         |
| เกษตรกร                     | 6                      | 15.38  | 3                      | 7.69   |                   |         |
| <b>ระดับการศึกษา</b>        |                        |        |                        |        | .860 <sup>c</sup> | .71     |
| ประถมศึกษา                  | 18                     | 46.15  | 15                     | 38.46  |                   |         |
| มัธยมศึกษา                  | 5                      | 12.82  | 7                      | 17.95  |                   |         |
| อนุปริญญา                   | 7                      | 17.95  | 10                     | 25.64  |                   |         |
| ปริญญาตรีและสูงกว่า         | 9                      | 23.07  | 7                      | 17.95  |                   |         |
| <b>ระยะเวลาที่ป่วย (ปี)</b> |                        |        |                        |        | .425 <sup>c</sup> | .82     |
| <5                          | 21                     | 53.85  | 26                     | 66.67  |                   |         |
| 6-10                        | 14                     | 35.90  | 10                     | 25.64  |                   |         |
| >10                         | 4                      | 10.26  | 3                      | 7.69   |                   |         |

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

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อม พฤติกรรมชะลอไตเสื่อม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อ ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อมและพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 11.00, 14.17; p < .01$ ) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.76, p = .04$ ) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อม พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมและระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (*n* = 39)

| ตัวแปร                       | ก่อนการทดลอง |           | หลังการทดลอง |           | Mean difference | <i>t</i> | <i>p</i> -value |
|------------------------------|--------------|-----------|--------------|-----------|-----------------|----------|-----------------|
|                              | <i>M</i>     | <i>SD</i> | <i>M</i>     | <i>SD</i> |                 |          |                 |
| ความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อม | 9.48         | 1.41      | 11.12        | 1.17      | -1.64           | 11.00**  | <.01            |
| พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม      | 63.82        | 7.28      | 86.74        | 9.36      | -22.92          | 14.17**  | <.01            |
| ระดับน้ำตาลในเลือด           | 125.87       | 31.53     | 117.66       | 17.25     | -8.20           | 2.76*    | .04             |

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

3. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อม พฤติกรรมชะลอไตเสื่อม และระดับน้ำตาลในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมกับกลุ่มที่ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อมและพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (*t* = 5.13, 12.99; *p* < .001 ตามลำดับ) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (*t* = 6.17, *p* < .001) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อม พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมและระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ตัวแปร                       | กลุ่มทดลอง<br>( <i>n</i> = 39) |           | กลุ่มควบคุม<br>( <i>n</i> = 39) |           | Mean difference | <i>t</i> | <i>p</i> -value |
|------------------------------|--------------------------------|-----------|---------------------------------|-----------|-----------------|----------|-----------------|
|                              | <i>M</i>                       | <i>SD</i> | <i>M</i>                        | <i>SD</i> |                 |          |                 |
| ความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อม | 11.12                          | 1.17      | 9.53                            | 1.61      | 1.58            | 5.13***  | <.001           |
| พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม      | 86.74                          | 9.36      | 63.12                           | 5.77      | 22.92           | 12.99*** | <.001           |
| ระดับน้ำตาลในเลือด           | 117.67                         | 17.25     | 150.79                          | 28.73     | -33.13          | 6.17***  | <.001           |

\*\*\* *p* < .001

## การอภิปรายผล

โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม ส่งผลให้ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Stretcher & Rosenstock, 1997) สามารถอภิปรายผลตามตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้ การเพิ่มขึ้นของความรู้ในการชะลอไตเสื่อม เป็นผลจากการออกแบบกิจกรรมที่เน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติจากกิจกรรม “เปลี่ยน

ความกลัว เป็นความรู้”ซึ่งเป็นทั้งการให้ข้อมูลผ่านสื่อวิดีโอ/คู่มือและการใช้กลยุทธ์การเรียนรู้ทางสังคม (social learning) ด้วยการเชิญบุคคลต้นแบบ (role model) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุในชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรค มาถ่ายทอดประสบการณ์จริง กระบวนการนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived susceptibility) และความรุนแรงของโรค (perceived severity) ได้อย่างเป็นรูปธรรมมากกว่า การบรรยายภาคทฤษฎีเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) ที่ระบุว่า การสังเกตตัวอย่างจากบุคคลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน (vicarious experience) จะช่วยกระตุ้นความเชื่อมั่นและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน (Bandura, 1977) สอดคล้องกับผลการศึกษา โดยการให้ความรู้ที่ตรงจุดและการส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Khumpiman & Racha-in, 2017) และการศึกษาของ Supapan (2019) ที่ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพสามารถยกระดับความรู้เรื่องโรคได้ให้อยู่ในระดับมาก การเพิ่มพูนความรู้จึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้อย่างเหมาะสม

การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นผลมาจากการออกแบบกิจกรรมที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกิจกรรม “ถอดรหัสความเชื่อ สู้ภัยไตเสื่อม” และ “เรียนรู้ ปรับเปลี่ยน ชะลอไตเสื่อม” ซึ่งใช้วิธีสื่อสารอย่างง่ายและการวางแผนร่วมกัน กระบวนการนี้ช่วยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันตนเองได้ มีการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองผ่านกิจกรรม “เชื่อมั่นในตัวเอง คีนชีวิตใหม่ให้ไตคุณ” และ “ใจนำพา ไตแข็งแรง” โดยใช้กลยุทธ์การสร้างประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง ผ่านการฝึกตั้งเป้าหมายและทบทวนปัญหาด้วยตนเอง ควบคู่ไปกับการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง การเห็นตัวอย่างความสำเร็จจากผู้ที่อยู่ในบริบทเดียวกันช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมได้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Phaengyod (2024) ที่พบว่าการประยุกต์ใช้ความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการใช้ตัวแบบ (Role Model) สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืนและสอดคล้องกับงานวิจัยของ Unkham & Pinkham (2024) ที่ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่บูรณาการความรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Pratyatummakul et al. (2025) ที่ยืนยันว่าโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมมีพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน เนื่องจากการพิจารณาถึงผลกระทบและภาระจากการรักษาควบคู่ไปกับความเชื่อมั่นในแนวทางปฏิบัติที่ได้รับจากโปรแกรม

การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม ชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมของโปรแกรมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ เกิดจากการประยุกต์ใช้ความเชื่อด้านสุขภาพอย่างครบถ้วนทุกกระบวนการดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมที่ดีขึ้น และนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมและ ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเมืองสรวง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Kurasri & Treetot, 2023)

### ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเจาะจงจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการใน รพ.สต. เดียวกันในเขตอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี บริบททางวิถีชีวิต วัฒนธรรมการบริโภคอาหารท้องถิ่น (เมื่อน้ำตาลโตนด) และการสนับสนุนทางสังคมจึงมีความเฉพาะถิ่น ผลการวิจัยครั้งนี้ จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงกับผู้ป่วยเบาหวานในบริบทเมืองใหญ่หรือภูมิภาคอื่นที่มีวัฒนธรรมต่างกัน

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำไปใช้ในการออกแบบแนวปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในคลินิกเบาหวาน ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการตามนัด โดยเน้นการจัดกิจกรรมกลุ่มการเรียนรู้แบบสั้น (micro-learning) เน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค จะช่วยกระตุ้นความเชื่อด้านสุขภาพได้บ่อยครั้ง (repeat stimuli) เพื่อช่วยป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในระยะยาวที่แสดงถึงการคงอยู่พฤติกรรมชะลอไตเสื่อม รวมทั้ง การติดตามอัตราการกรองของไต (eGFR)

### รายการอ้างอิง

- 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>
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1986). Strategies for enhancing patient compliance. *Journal of Community Health*, 11(1), 11-20. <https://doi.org/10.1007/BF01318980>
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Boonme, P. (2025). The effects of a self-care promotion program on delaying kidney deterioration in patients with type 2 diabetes in Sawang Arom Primary Care Cluster, Uthai Thani Province. *Academic Journal of Nursing and Public Health*, 1(3), 53-66. (in Thai)

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Heo, G. Y., Koh, H. B., Kim, H. W., Park, J. T., Yoo, T. H., Kang, S. W., Kim, J., Kim, S. W., Kim, Y. Hoon, Sung, S. A., Oh, K. H., & Han, S. H. (2023). Glycemic control and adverse clinical outcomes in patients with chronic kidney disease and type 2 diabetes mellitus: Results from KNOW-CKD. *Diabetes & Metabolism Journal*, 47(4), 535-546. <https://doi.org/10.4093/dmj.2022.0112>
- Kaenkong, K., Anutrakulchai, S., Lertsinudom, S., & Theeranut, A. (2019). Effects of health behavioral promotion programs on behavior to slowing progression in patients with chronic kidney disease at 1-3a stage. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(3), 211-220. (in Thai)
- Kurasri, L. & Treetot, T. (2023). The effect of a self-management skill program for delaying kidney deterioration on behavior and clinical outcomes with type 2 diabetes mellitus Muang Suang Hospital. *Journal of Research and Health Innovative Development*, 4(3), 21-31. (in Thai)
- Khumpiman, C., & Racha-in, P. (2017). Effects of behavior modification program for delayed nephropathy progression in diabetes mellitus and hypertension patient with chronic kidney disease stage 1 to 3 at DongKhwang Sub-district, Mueang NakhonPhanom District, NakhonPhanom Province. *Nakhonphanom Hospital Journal*, 4(2), 42-49. (in Thai)
- Nephrology Society of Thailand. (2024). *Clinical practice recommendations for the evaluation and management of chronic kidney disease (Revised 2024)*. Klangnana Wittaya. (in Thai)
- Phaengyod, A. (2024). The effects of a program to promote healthy behavior according to health belief model to control blood sugar levels in type 2 diabetic mellitus patients to uncontrol blood sugar levels Nawa Hospital Nakhon Phanom Province. *Journal of Environmental and Community Health*, 9(3), 297-307. (in Thai)
- 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)

- Pratyatummakul, K., Pradittham, P., & Chomnirat, W. (2025). Effectiveness of a health belief promotion program on behaviors for slowing chronic kidney among diabetic patients with comorbidities, Khao Suan Kwang Hospital, Khon Kaen Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 7(4), e278958 (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (7<sup>th</sup> ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Saringkarn, S., Nirattharadom, M., & Rutchanagul, P. (2022). The effects of promoting an individual and family self-management program on the control of sugar level behavior and accumulated blood sugar levels among type 2 diabetic patients. *Journal of Health and Nursing Research*, 38(1), 86–96. (in Thai)
- Supapan, S. (2019). Development of a model to delay renal impairment in patients with diabetes and hypertension using case management process in Phusing Hospital, Sisaket Province, Thailand. *Journal of Health Science*, 28(5), 857–866. (in Thai)
- Stretcher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 41-59). Jossey-Bass.
- Suwanmajo, B. (2024). The effects of a self-care program based on health belief model to slow down deterioration of the kidneys in patients with stage 3 chronic kidney disease, Phonsawan Hospital Nakhon Phanom. *Journal of Health and Environmental Education*, 9(1), 703–713. (in Thai)
- Unkham, P., & Pinkham, S. (2024). Effectiveness of the health belief and health literacy model application program on chronic kidney disease risk behaviors in type 2 diabetic patients Khun Han District. *Regional Health Promotion Center 10 Journal*, 12(2), 53-69. (in Thai)
- Vijitrasuntornkul, K. (Ed.). (2022). *Epidemiology and review of prevention measures for chronic kidney disease*. Non-Communicable Diseases Division, Department of Disease Control. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820220905025852.pdf>

## บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ  
ในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชทส์ติง เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ  
ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

Effects of a Sexual Health Literacy Development Program  
on Online Sexting Media Use to Prevent Sexual Risk Behaviors among  
Lower Secondary School Students in Phichai District, Uttaradit Province

เกื้อกูล พรหมรักษา<sup>1</sup>, นภาพณ จันทขัมมา<sup>2\*</sup>, พรเลิศ ชุ่มชัย<sup>3</sup>

Kueakool Promraksa<sup>1</sup>, Napaphen Jantacumma<sup>2\*</sup>, Pornlert Chumchai<sup>3</sup>

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

(Received: March 13, 2026; Revised: May 17, 2026; Accepted: May 19, 2026)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชทส์ติง เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ปีการศึกษา 2568 จำนวน 70 คน คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชทส์ติง 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะความรู้และความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ และ 2) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชทส์ติง และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบแมนนวิทนียู และสถิติทดสอบวิลคอกซัน

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

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

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Associate Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

<sup>3</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

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

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแช็กส์ตึงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $Z = 365.50, p = .004$ ) ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ

โปรแกรมนี้ สามารถนำไปพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแช็กส์ตึง และกิจกรรมเสริมหลักสูตรโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ, พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ, แช็กส์ตึง, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น, สื่อสังคมออนไลน์

## Abstract

This quasi-experimental research employing a two-group pretest-posttest design aimed to examine the effects of a sexual health literacy development program regarding sexting in online media for the prevention of sexual risk behaviors among junior high school students. Participants were selected and assigned to an experimental group and a comparison group, with 35 students in each group, using simple random sampling. The research instruments included: 1) a sexual health literacy development program regarding sexting in online media, comprising six components: information access skills, knowledge and understanding skills, communication skills, self-management skills, media literacy skills, and decision-making skills. The program was implemented over a period of eight weeks, and 2) questionnaires assessing sexual health literacy regarding sexting in online media and sexual risk behaviors. The Cronbach's alpha coefficients for the questionnaires were .94 and .96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, the Mann-Whitney U test, and the Wilcoxon signed-rank test.

The results revealed that, after participating in the program, students in the experimental group had significantly higher scores in sexual health literacy regarding sexting in online media than before the intervention and higher than those in the comparison group at the .05 significance level ( $Z = 365.50, p = .004$ ). However, sexual risk behaviors did not significantly differ from those before the intervention or from those of the comparison group.

This program can be applied to enhance sexual health literacy regarding sexting in online media and incorporated into extracurricular activities through participatory

learning processes, potentially contributing to the sustainable reduction of sexual risk behaviors among lower secondary school students.

**Keywords:** Sexual health literacy, Sexual risk behaviors, Sexting, Junior high school students, Social media

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์มีบทบาทสำคัญต่อวิถีชีวิตของเยาวชนในยุคดิจิทัล ทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสารเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง แม้สื่อสังคมออนไลน์จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ แต่ก็อาจก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพกาย จิตใจ และพฤติกรรมของเยาวชนได้ (Silaprasit et al., 2024) โดยเฉพาะปัญหาการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ (cyberbullying) ซึ่งหมายถึง การคุกคาม คำทอ หรือทำร้ายจิตใจผ่านสื่อออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊ก ไลน์ หรือ อินสตาแกรม (Sanwang et al., 2026) รวมถึง พฤติกรรมการสื่อสารทางเพศผ่านสื่อออนไลน์ (sexting) ซึ่งเป็นการส่งหรือรับข้อความ ภาพ หรือวิดีโอ ที่มีเนื้อหาทางเพศผ่านระบบดิจิทัล พฤติกรรมดังกล่าวถือเป็น พฤติกรรมเสี่ยงที่อาจนำไปสู่ปัญหาการถูกล่อลวงทางเพศ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนผลกระทบทางจิตใจ เช่น ความรู้สึกอับอาย สูญเสียความมั่นใจ และการถูกคุกคาม หรือแบล็กเมลล์ผ่านสื่อออนไลน์ (World Health Organization, 2020)

ในบริบทของประเทศไทย จากข้อมูลในคู่มือความปลอดภัยออนไลน์สำหรับเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2568 โดยสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทยผลการสำรวจพบว่า มีการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ มากกว่าครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ 55.30 ของเด็กเคยประสบปัญหาการถูกลั่นแกล้งหรือเยาะเย้ยถากถางผ่านสื่อออนไลน์ ขณะที่เด็กอายุ 9–18 ปี ร้อยละ 12.00 เคยถูกล่อลวงทางออนไลน์ และร้อยละ 43.60 เคยมีประสบการณ์ เกี่ยวข้องกับการพนันออนไลน์ (Children and Youth Council of Thailand, 2025) และแนวโน้มของ ประเทศไทยเองก็กำลังตกอยู่ในความเสี่ยงและเผชิญกับความท้าทายที่รุนแรงจากการเผยแพร่สื่อที่มีการ ล่วงละเมิดทางเพศต่อเด็กทางออนไลน์ โดยมีข้อมูลชี้ว่าเด็กไทยเสี่ยงตกเป็นเหยื่อจากการแสวงหาประโยชน์ ทางเพศออนไลน์หรือ “online child exploitation” สูงถึงร้อยละ 20 และมีสัดส่วนผู้กระทำความผิดสูงเป็น อันดับ 2 ของโลก จากรายงานสรุปของ National Center for Missing & Exploited Children (NCMEC) พบว่าปี 2562 ประเทศไทยมีการตรวจพบสื่อลามกอนาจารเด็กเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยในปี 2562 พบ 117,213 ราย ในปี 2563 พบ 396,049 ราย ในปี 2564 พบ 586,582 ราย และในปี 2565 พบ 523,169 ราย องค์การยูนิเซฟประเทศไทย ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยมีการ เผยแพร่ข้อมูลและแนวทางการส่งเสริมป้องกัน เช่น คู่มือสำหรับผู้ปกครองและผู้ดูแล เพื่อช่วยให้วัยรุ่น มีเกาะป้องกันในการใช้ชีวิตเกิดความปลอดภัยจากภัยคุกคามทางออนไลน์ (ECPAT et al., 2022)

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมดังกล่าว เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของสมองระบบ ลิมบิก (limbic system) ในช่วงวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และแรงจูงใจพัฒนาเร็วกว่าสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมเหตุผลและการตัดสินใจ ส่งผลให้วัยรุ่นมีแนวโน้มตอบสนองต่อแรง

กระตุ้นทางอารมณ์และแสดงพฤติกรรมเสี่ยงได้ง่ายกว่าวัยอื่น (Naenjohn, 2015) ความไม่สมดุลดังกล่าวจึงอาจนำไปสู่พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เช่น การมีส่วนร่วมในพฤติกรรมเซ็กส์ติง หรือการแสวงหาความยอมรับจากเพื่อนผ่านสื่อออนไลน์ ในขณะที่การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นประเด็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของพฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่น ได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การใช้สื่อออนไลน์มากเกินไป และการขาดการดูแลจากครอบครัว (Rueanchan, 2018) พบว่า วัยรุ่นอายุ 13–15 ปี เริ่มมีแนวโน้มเปิดรับสื่อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเซ็กส์ติงมากขึ้น (Deelert, 2017)

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy: HL) เป็นกรอบแนวคิดสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2008) ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะในบริบทของสื่อดิจิทัลที่เยาวชนจำเป็นต้องมีทักษะในการรู้เท่าทันข้อมูลและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้สื่อออนไลน์ จากการศึกษาความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตสำหรับวัยรุ่น อายุ 10–19 ปี พบว่ามีความสอดคล้องกับแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะชีวิตในกลุ่มวัยรุ่น เพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Sombat, 2023) แต่ก็ยังคงเป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นประเด็นกว้างด้านสุขภาพทางเพศทั่วไป และยังไม่พบงานที่เจาะลึกลงไปประเด็นเฉพาะของพฤติกรรมเซ็กส์ติง แสดงถึงช่องว่างขององค์ความรู้ที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อพัฒนากลไกการป้องกันและเสริมสร้างทักษะการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลสำหรับวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน

พื้นที่จังหวัดอุดรธานี แม้ยังไม่มีหน่วยงานหรือองค์กรใดทำการสำรวจหรือจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมเซ็กส์ติงในกลุ่มเยาวชนโดยตรง แต่มีการศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในพื้นที่ที่พัฒนาต้นแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นพบว่าการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นมีปัจจัยสำคัญจากการให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าตนเอง การบริโภคสื่อเกินความจำเป็น ขาดปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว และตัวแบบทางสังคมที่เอื้อต่อพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม รวมทั้งมีข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนารูปแบบการสอนเพศศึกษาในเชิงบูรณาการที่มีความทันสมัย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Rueanchan, 2018) ร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเบื้องต้นกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ ครูแนะแนว ครูประจำชั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปกครอง และนักเรียน พบว่า นักเรียนบางส่วนมีพฤติกรรมส่งต่อข้อความหรือภาพที่สื่อถึงเรื่องเพศ โดยอาจเกิดจากแรงกดดันจากเพื่อน การต้องการได้รับการยอมรับ หรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความรักในวัยเรียน นอกจากนี้ ผู้ปกครองและครูยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ความนับถือตนเอง และเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือถูกข่มขู่และการถูกแบล็กเมลในอนาคต

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพด้านเวชปฏิบัติชุมชนเล็งเห็นถึงความสำคัญของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเปราะบางทางอารมณ์และสังคม การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ที่มุ่งเน้นการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จึงเป็นแนวทางสำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกันให้เยาวชนสามารถใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อการถูกคุกคามทางเพศ และส่งเสริมสุขภาพทางเพศในระยะยาว

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

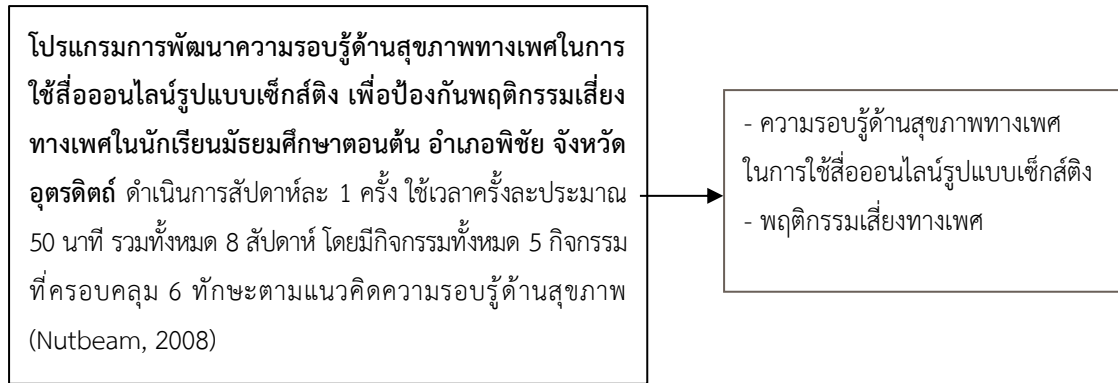
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชทสด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชทสด และกลุ่มเปรียบเทียบ

### สมมติฐานการวิจัย

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชทสด ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชทสดสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นหลังนี้ ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) ซึ่งอธิบายได้ว่าองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ 1) การเข้าถึงข้อมูล (access skills) 2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive skills) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skills) 4) การจัดการตนเอง (self-management skills) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skills) และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (decision skills) ซึ่งมุ่งเน้นที่การสร้างความรู้และทักษะในการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างมีความรับผิดชอบและปลอดภัย รวมถึงการปรับพฤติกรรมสื่อสารและการป้องกันความเสี่ยงทางเพศ โดยพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชทสด เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยมีกรอบแนวคิดดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชตสดิ่ง เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอฟิชัย จังหวัดอุดรดิตถ์

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research: Two-group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2568 รายละเอียด ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่กำลังศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตอำเภอฟิชัย จังหวัดอุดรดิตถ์ ปีการศึกษา 2568

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนฟิชัย ปีการศึกษา 2568 โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G\*Power 3 (Faul et al., 2007) สำหรับการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของสองกลุ่มอิสระ (Independent samples t-test) การทดสอบสองทาง กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของ Sawangsi et al. (2021) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 60 คน เพื่อรองรับการสูญหายของข้อมูล (dropout) จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 70 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) กำลังศึกษาอยู่ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2568 2) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 3) ไม่เคยเข้าร่วมโครงการหรือโปรแกรมที่มีลักษณะคล้ายกันมาก่อน และ 4) นักเรียนและผู้ปกครองยินยอมสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และกำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง 2) แจ้งความประสงค์ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการ และ 3) ย้ายออกจากโรงเรียนหรือย้ายออกจากพื้นที่ที่ดำเนินการวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชตสดิ่ง เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ทั้ง 6 ทักษะร่วมกับคู่มือรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชทสด การใช้สื่อวิดีโอและอินโฟกราฟิกประกอบการเรียนรู้

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา จำนวนสมาชิกพี่น้อง ที่พักอาศัย ข้อมูลการใช้อินเทอร์เน็ต ข้อมูลการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และข้อมูลการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทางเพศ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ จำนวน 21 ข้อ เป็นคำถามด้านบวกทุกข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนระหว่างเห็นด้วยน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน ตามลำดับจนถึงเห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน คิดคะแนนเฉลี่ย กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1977)

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียน โดยข้อคำถามเชิงบวก หมายถึง พฤติกรรมที่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 6, 7, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24 และ 25 ส่วนข้อคำถามเชิงลบ หมายถึง พฤติกรรมที่สะท้อนถึงความเสี่ยงทางเพศ จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 และ 21 เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ตามลำดับจนถึงปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามด้านลบจะให้คะแนนตรงกันข้ามกัน คิดคะแนนเฉลี่ย จำแนกคะแนนเฉลี่ยโดยแบ่งช่วงคะแนนแบบเท่ากัน ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับต่ำมาก

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชทสด และเครื่องมือวิจัย ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) โปรแกรมเท่ากับ .92 และแบบสอบถาม มีค่าเท่ากับ .96 ภายหลังการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไป

ทดลองใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชตสติ้ง และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 และ .96 ตามลำดับ

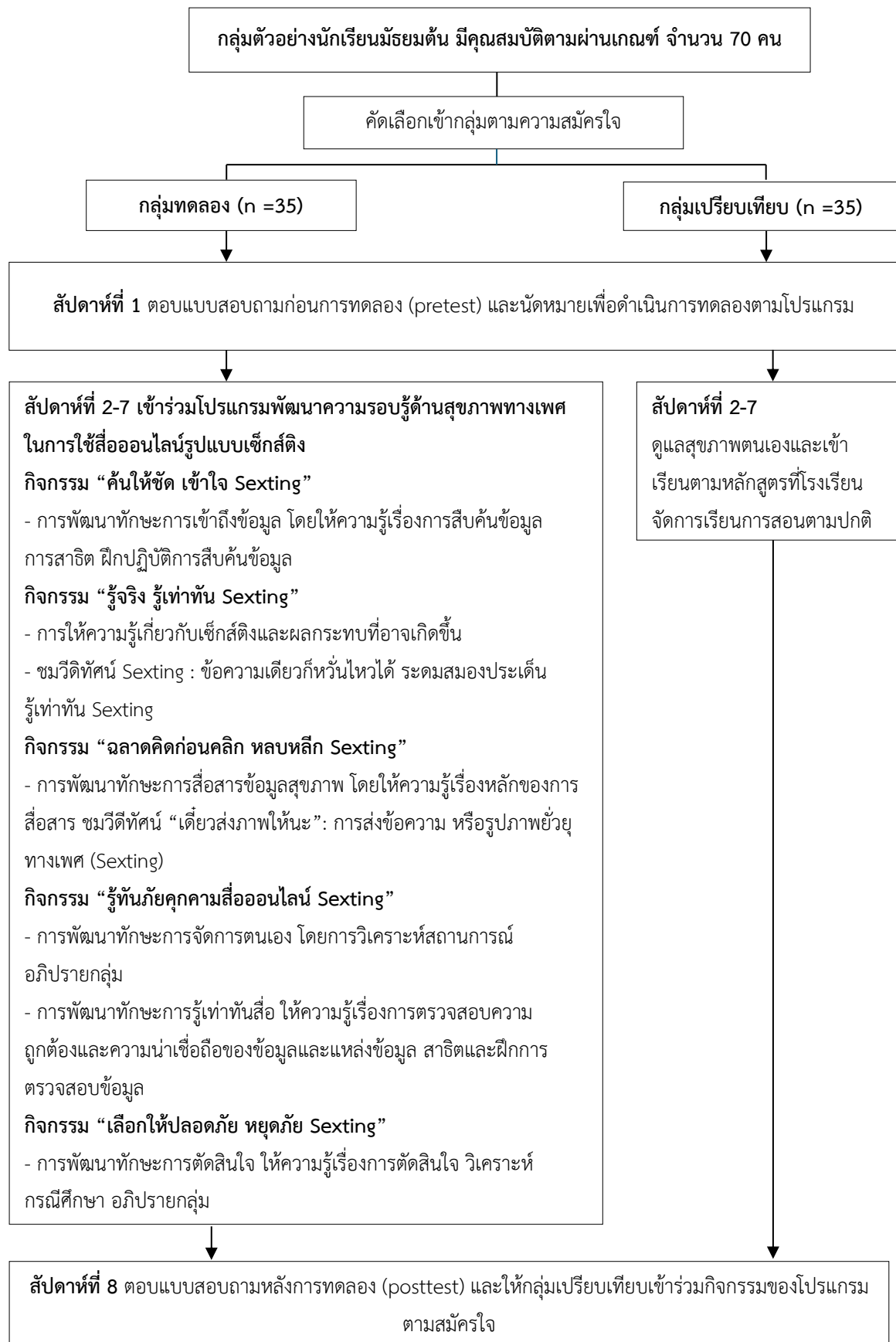
#### การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะก่อนการทดลอง** ผู้วิจัยเตรียมสถานที่และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 2 คน ซึ่งมีประสบการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างน้อย 3 ปี โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย และการใช้แบบสอบถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน พร้อมทั้งจัดการฝึกอบรมเกี่ยวกับเนื้อหาโปรแกรม สื่อการสอน และกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานกับครูแนะแนวของโรงเรียนพิชัย จังหวัดอุดรธานี เพื่อคัดเลือกนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ตามความสนใจ จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน โดยนักเรียน และผู้ปกครองลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**ระยะทดลอง** ผู้วิจัยดำเนินการทดลองระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบก่อน จากนั้นจึงดำเนินการกับกลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 50 นาที รวมทั้งหมด 8 สัปดาห์ ดังภาพ 2

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คำนวณจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean: *M*) ค่ากลาง (median: *Med*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: *SD*)
2. ทดสอบการแจกแจงปกติ (normality) ของตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยใช้สถิติ one-sample Kolmogorov-Smirnov (K-S) test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงเลือกใช้สถิติเปรียบเทียบแบบไร้พารามิเตอร์
3. เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test



ภาพ 2 กระบวนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 11/2568 ลงวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และวิธีดำเนินการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงให้ลงนามใน แบบฟอร์มยินยอมให้ทำการศึกษา

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 13.03 ปี ( $SD = .30$ ) เพศหญิง ร้อยละ 57.14 อยู่ในครอบครัวที่มีพี่น้องรวมตนเองจำนวน 2 คน ร้อยละ 45.71 พักอาศัยอยู่กับพ่อและแม่เป็นหลัก ร้อยละ 51.43 ใช้เวลากับอินเทอร์เน็ต มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 62.86 แพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์ที่ได้รับความนิยมสูงสุดคือ TikTok คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ YouTube ร้อยละ 85.71 และ Instagram ร้อยละ 74.29 ตามลำดับ และเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพทางเพศจากสื่อออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 85.71 รองลงมาคือ ครูหรือโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 65.71 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 13.23 ปี ( $SD = .43$ ) มีสัดส่วนเพศหญิงและชายเท่ากัน ร้อยละ 45.71 พักอาศัยอยู่กับพ่อและแม่เป็นหลัก ร้อยละ 51.43 ใช้เวลากับอินเทอร์เน็ต มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 51.43 แพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์ที่ได้รับความนิยมสูงสุดคือ TikTok 97.14 รองลงมาคือ Instagram ร้อยละ 82.86 และ Facebook ร้อยละ 77.14 ตามลำดับ และเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพทางเพศจากจากสื่อออนไลน์ ครูหรือโรงเรียน เท่ากัน ร้อยละ 65.71 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

| รายการ             | กลุ่มทดลอง<br>(n = 35) |        | กลุ่มเปรียบเทียบ<br>(n = 35) |        | การ<br>ทดสอบ        | p-value |
|--------------------|------------------------|--------|------------------------------|--------|---------------------|---------|
|                    | จำนวน                  | ร้อยละ | จำนวน                        | ร้อยละ |                     |         |
| อายุ (ปี)          | $M = 13.03, SD = .30$  |        | $M = 13.23, SD = .43$        |        |                     |         |
| 12                 | 1                      | 2.86   | 0                            | 0.00   | -2.260 <sup>b</sup> | .027    |
| 13                 | 32                     | 91.43  | 27                           | 77.14  |                     |         |
| 14                 | 2                      | 5.71   | 8                            | 22.86  |                     |         |
| เพศ                |                        |        |                              |        |                     |         |
| ชาย                | 14                     | 40.00  | 16                           | 45.71  | 1.710 <sup>a</sup>  | .496    |
| หญิง               | 20                     | 57.14  | 16                           | 45.71  |                     |         |
| ความหลากหลายทางเพศ | 1                      | 2.86   | 3                            | 8.58   |                     |         |

ตาราง 1 (ต่อ)

| รายการ                                                                         | กลุ่มทดลอง |        | กลุ่มเปรียบเทียบ |        | การทดสอบ           | p-value |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|------------------|--------|--------------------|---------|
|                                                                                | (n = 35)   |        | (n = 35)         |        |                    |         |
|                                                                                | จำนวน      | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |                    |         |
| จำนวนพี่น้องพ่อแม่เดียวกันรวมตัวเอง (คน)                                       |            |        |                  |        |                    |         |
| 1                                                                              | 14         | 40.00  | 16               | 45.71  | 3.899 <sup>a</sup> | .475    |
| 2                                                                              | 16         | 45.71  | 11               | 31.43  |                    |         |
| 3                                                                              | 4          | 11.43  | 3                | 8.57   |                    |         |
| ≥4                                                                             | 1          | 2.86   | 5                | 14.29  |                    |         |
| ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับใครเป็นหลัก                                             |            |        |                  |        |                    |         |
| พ่อและแม่                                                                      | 18         | 51.43  | 18               | 51.43  | 6.702 <sup>a</sup> | .112    |
| พ่อ หรือ แม่ (เพียงคนเดียว)                                                    | 11         | 31.43  | 5                | 14.29  |                    |         |
| ญาติ                                                                           | 0          | 0.00   | 3                | 8.57   |                    |         |
| ไม่ให้ข้อมูล                                                                   | 6          | 17.15  | 9                | 25.71  |                    |         |
| โดยปกติคุณใช้อินเทอร์เน็ตวันละกี่ชั่วโมง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)                 |            |        |                  |        |                    |         |
| 1-2 ชั่วโมงต่อวัน                                                              | 0          | 0.00   | 1                | 2.86   | 1.890 <sup>b</sup> | .669    |
| 3-4 ชั่วโมงต่อวัน                                                              | 1          | 2.86   | 2                | 5.71   |                    |         |
| 5-6 ชั่วโมงต่อวัน                                                              | 12         | 34.29  | 14               | 40.00  |                    |         |
| มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน                                                        | 22         | 62.86  | 18               | 51.43  |                    |         |
| คุณใช้สื่อสังคมออนไลน์ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)                                 |            |        |                  |        |                    |         |
| Facebook                                                                       | 23         | 65.71  | 27               | 77.14  | 6.110 <sup>a</sup> | .411    |
| Instagram                                                                      | 26         | 74.29  | 29               | 82.86  |                    |         |
| Line                                                                           | 15         | 42.86  | 21               | 60.00  |                    |         |
| Twitter (หรือ X)                                                               | 10         | 28.57  | 14               | 40.00  |                    |         |
| TikTok                                                                         | 35         | 100.00 | 34               | 97.14  |                    |         |
| YouTube                                                                        | 30         | 85.71  | 22               | 62.86  |                    |         |
| อื่น ๆ                                                                         | 4          | 11.43  | 4                | 11.43  |                    |         |
| ท่านมักได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทางเพศจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) |            |        |                  |        |                    |         |
| สื่อออนไลน์                                                                    | 30         | 85.71  | 23               | 65.71  | 8.278 <sup>a</sup> | .082    |
| ครอบครัว/ผู้ปกครอง                                                             | 12         | 34.29  | 16               | 45.71  |                    |         |
| ครูหรือโรงเรียน                                                                | 23         | 65.71  | 23               | 65.71  |                    |         |
| เพื่อน                                                                         | 12         | 34.29  | 6                | 17.14  |                    |         |
| บุคลากรทางสาธารณสุข                                                            | 14         | 40.00  | 20               | 57.14  |                    |         |

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

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชทส์ดิง มีค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศเพิ่มขึ้น ( $Z = 1.120$ ,  $p = .262$ ) และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลง ( $Z = 1.179$ ,  $p = 2.38$ ) แต่ไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 2

**ตาราง 2** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชทส์ดิง และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

|                         | ก่อนการทดลอง |      |        | หลังการทดลอง |      |        | Z      | p-value |
|-------------------------|--------------|------|--------|--------------|------|--------|--------|---------|
|                         | M            | SD   | Med    | M            | SD   | Med    |        |         |
| ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ |              |      |        |              |      |        |        |         |
| กลุ่มทดลอง (n=35)       | 87.36        | 8.78 | 87.00  | 90.09        | 8.53 | 90.00  | -1.120 | .262    |
| กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35) | 85.89        | 9.12 | 86.00  | 80.85        | 9.05 | 81.00  | -1.376 | .169    |
| พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ    |              |      |        |              |      |        |        |         |
| กลุ่มทดลอง (n=35)       | 112.75       | 8.25 | 113.00 | 110.75       | 9.73 | 111.00 | 1.179  | .238    |
| กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35) | 113.75       | 9.18 | 114.00 | 109.50       | 9.88 | 110.00 | -1.319 | .187    |

3. การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชทส์ดิง กับกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชทส์ดิงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $Z = 365.50$ ,  $p = .004$ ) แต่มีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไม่แตกต่างกัน ( $Z = 567.00$ ,  $p = .593$ ) ดังตาราง 3

**ตาราง 3** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

| ตัวแปร                     | กลุ่มทดลอง<br>(n = 35) |      |        | กลุ่มเปรียบเทียบ<br>(n = 35) |      |        | Z       | p-value |
|----------------------------|------------------------|------|--------|------------------------------|------|--------|---------|---------|
|                            | M                      | SD   | Med    | M                            | SD   | Med    |         |         |
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ | 90.09                  | 8.53 | 90.00  | 80.85                        | 9.05 | 81.00  | 365.50* | .004    |
| พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ       | 110.75                 | 9.73 | 111.00 | 109.50                       | 9.88 | 110.00 | 567.00  | .593    |

\* $p < .05$

## การอภิปรายผล

การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชทสด พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง แม้ว่าจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม แต่ก็ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล การวิเคราะห์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้สื่อออนไลน์ ช่วยให้ผู้เข้าร่วมเกิดความตระหนักและมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงจากการสื่อสารทางเพศผ่านสื่อออนไลน์มากขึ้น เนื่องจากโปรแกรมสร้างขึ้นบนพื้นฐานของแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อธิบายว่า การพัฒนาความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสม จะส่งผลต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง (Nutbeam, 2008) อย่างไรก็ตามความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องทั้งด้านความรู้ ทักษะทางสังคม ประสบการณ์ และบริบทการใช้สื่อออนไลน์ของวัยรุ่น ซึ่งต้องอาศัยการเรียนรู้และการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง และควรสอดคล้องกับบริบทของปัญหาสุขภาพ (Ministry of Public Health, 2017; Prayochmee et al., 2020)

นอกจากนี้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น เป็นพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย เช่น อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การใช้สื่อสังคมออนไลน์ และบริบททางสังคม จึงอาจทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนในระยะเวลาอันสั้น (Jantasaeng et al., 2020) รวมถึงลักษณะพัฒนาการของวัยรุ่นที่มีความไวต่อแรงกระตุ้นทางอารมณ์และแรงกดดันจากสังคม ทำให้พฤติกรรมเสี่ยงอาจยังคงเกิดขึ้น แม้ว่าจะได้รับความรู้หรือการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้วก็ตาม (Naenjohn, 2015) โปรแกรมจะสามารถส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศได้ แต่การเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมอาจต้องอาศัยการเสริมแรง การติดตามต่อเนื่อง และประสบการณ์จริงในการตัดสินใจทางพฤติกรรม จึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ดังทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพที่อธิบายว่า การเพิ่มความรู้หรือความรอบรู้เพียงอย่างเดียว อาจยังไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การสร้างทักษะการปฏิบัติ และการเสริมแรง (Bandura, 1986) รวมถึง การมีระบบติดตามผลและการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง (Hong et al., 2025) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kim and Cho (2015) ที่พบว่า โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพอาจช่วยเพิ่มระดับความรู้ได้ แต่ไม่จำเป็นต้องส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพในทันที

อย่างไรก็ตามพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชทสดมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .004$ ) ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) ผ่านกิจกรรมในโปรแกรมที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น การอภิปรายกลุ่ม การวิเคราะห์สถานการณ์ การใช้สื่อวีดิทัศน์ และการทำกิจกรรม “ค้นให้ชัด เข้าใจ Sexting” และ “รู้จริง รู้เท่าทัน Sexting” ที่มุ่งเน้นการเข้าถึงข้อมูลและการรู้เท่าทันความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชทสด ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้กับ

สถานการณ์จริงและพัฒนาทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศในโลกออนไลน์ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Allsop et al. (2023) ที่พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาเชิงปฏิบัติการที่ใช้กิจกรรมแบบมีส่วนร่วม สามารถเพิ่มความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญ และ Yogesh et al. (2024) ที่ระบุว่าจัดการเรียนรู้แบบพัฒนาทักษะ (skills-based education) มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้และทักษะสุขภาพมากกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไม่แตกต่างกัน ผลลัพธ์ดังกล่าวสนับสนุนให้เห็นว่าการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศในระยะสั้น ดังการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานต่อความรู้เรื่องเพศศึกษา และความคิดเห็นต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนที่เพิ่มขึ้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (Adultrakul et al., 2015)

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแม้ว่ามีกลุ่มเปรียบเทียบ แต่ยังไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้ เช่น การเข้าถึงเทคโนโลยีและสื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียน มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาของโปรแกรมเพียง 8 สัปดาห์ และขาดการติดตามผลต่อเนื่องในระยะยาว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีความซับซ้อนของพฤติกรรมที่ต้องอาศัยระยะเวลาและปัจจัยแวดล้อมอื่นร่วมด้วย

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถานศึกษาควรบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในรายวิชาสุขศึกษา และกิจกรรมเสริมหลักสูตรโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น กรณีศึกษา การอภิปรายกลุ่ม และสถานการณ์จำลอง เพื่อนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นอย่างยั่งยืน
2. บุคลากรทางการศึกษาและสาธารณสุข สามารถนำไปใช้ในการออกแบบการบริการวิชาการเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในการใช้สื่อออนไลน์รูปแบบแชตสด โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและกลุ่มเปราะบางที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร และบริการสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพ

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยติดตามผลระยะยาว โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นอย่างยั่งยืน

### เอกสารอ้างอิง

Allsop, Y., & Tilak, S. (2023). YES! Program: Adolescent lessons learned during a virtual sexual health program. *Sexes*, 4(3), 341-357. <https://doi.org/10.3390/sexes4030023>

- Adultrakul, A., Potjanamart, C., & Sawangjaithum, K. (2015). Effects of problem based learning towards knowledge on sex education and opinions on sex risk behaviors among Mutthayomsuksa students. *Nursing Journal*, 42(Special), 46–56. (in Thai)
- Bandura A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice Hall.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3<sup>rd</sup> ed.). Prentice-Hall.
- Children and Youth Council of Thailand. (2025). *Online safety manual for children and young people 2025*. <https://www.unicef.org/thailand/reports/online-safety-manual-children-and-young-people-2025>
- Deelert, J. (2017). Online media sexting exposure among Thai adolescents in Bangkok Metropolis. *Kasem Bundit Journal*, 18(2), 139–154. (in Thai)
- ECPAT, INTERPOL, & UNICEF. (2022). *Disrupting harm in Thailand: Evidence on online child sexual exploitation and abuse*. Global Partnership to End Violence against Children. <https://www.unicef.org/thailand/reports/disrupting-harm-thailand>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Hong, S. H., Chun, T. K., Nam, Y. J., Kim, T. W., Cho, Y. H., Son, S. J., Roh, H. W., & Hong, C. H. (2025). Digital mental health interventions for adolescents: An integrative review based on the behavior change approach. *Children*, 12(6), 770. <https://doi.org/10.3390/children12060770>
- Jantasaeng, S., Sukprasert, S., & Srisombat, K. (2020). Sexual health literacy and sexual risk behaviors among Thai adolescents. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 14(1), 67-80. (in Thai)
- Kim, Y., & Cho, J. (2015). The impact of health literacy on health outcomes: A study on Korean adults. *Journal of Health Communication*, 20(4), 410-423. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.947764>
- Ministry of Public Health. (2017). *Definition and framework of health literacy*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Naenjohn J. (2015). Brain and emotion: The miracle connection. *Ratchaphruek Journal*, 13(3), 117-128. (in Thai)
- National Youth Council of Thailand. (2025). *Online safety handbook for children and adolescents*. National Youth Council. (in Thai)

- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Prayochmee, V., Sikaow, O., & Prasertsong, C. (2020). The effects of health literacy program on health literacy and sexual prevention behaviors among junior high school students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(2), 150–157. (in Thai)
- Rueanchan, S. (2018). *The situation of sexual risk behaviors among adolescents in the model development area for preventing and solving unintended pregnancy in adolescents, Uttaradit Province*. Uttaradit Provincial Health Office. (in Thai)
- Sanwang, J., Sombateyotha, K., & Yangyuen, S. (2026). Cyberbullying and its associated factors among junior high school students in Mahasarakham, Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 24(1), 187-199.
- Sawangsi, C., Sriprom, S., & Nakthong, P. (2021). The use of mobile health communication activities to promote intention to avoid exposure to sexually explicit media: A pilot study. *Journal of Public Health*, 51(3), 321-333. (in Thai)
- Silaprasit, S., Intaratat, K., & Lomchawakarn, P. (2024). Social media usage behaviors and their impacts on upper secondary school students in Bangkok Metropolitan Area, In *The 14th STOU National Research Conference* (pp. 446-458). Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)
- Sombat, S. (2023). *Sexuality education literacy and life skills among teenagers aged 10-19 years*. Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand. <https://rh.anamai.moph.go.th/th/academic-p>
- World Health Organization. (2020). *Global status report on violence against children online*. World Health Organization.
- Yogesh, M., Trivedi, N., Shah, V., Lakhtaria, M., Ladani, H., & Trivedi, D. (2024). Comparing skills-based and lecture-based education on female adolescents' knowledge, attitudes, and practices regarding menstrual health in puberty: A quasi-experimental study. *Journal of Education and Health Promotion*, 13, 386. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_1875\\_23](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1875_23)

## บทความวิจัย (Research article)

การประยุกต์ใช้แนวคิด สบช.โมเดลผ่านแอปพลิเคชันและสุขภาพดิจิทัลในการจัดการ  
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย: การทบทวนขอบเขตงานวิจัย

Implementation of the PBRI Model via Mobile Applications and Digital  
Health for Non-Communicable Diseases Management in Thailand:

A Scoping Review

ทิพวัลย์ พรหมน้อย<sup>1</sup>, สถาพร แก้วจันทิก<sup>1\*</sup>, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์<sup>2</sup>, ธนาวุฒิ รวมสุข<sup>1</sup>,  
ศศธร ศรีคำ<sup>1</sup>, รพีพรรณ จันทร์เขียว<sup>2</sup>

Thippawan Pramnoi<sup>1</sup>, Starporn Taeochanthuek<sup>1\*</sup>, Churairat Duangchan<sup>2</sup>,

Thanawoot Ruamsook<sup>1</sup>, Sasathorn Srikam<sup>1</sup>, Rapeepan Chankieaw<sup>2</sup>

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

(Received: March 19, 2026; Revised: May 31, 2026; Accepted: June 6, 2026)

### บทคัดย่อ

การทบทวนขอบเขตงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แนวคิด สบช. โมเดล ระบบป้องกันจراثชีวิต 7 สี แอปพลิเคชัน และสุขภาพดิจิทัลในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย โดยจำแนกรูปแบบเทคโนโลยี ฟังก์ชัน และผลลัพธ์ที่รายงาน ดำเนินการตามแนวทาง Joanna Briggs Institute (JBI) และกรอบ PRISMA-ScR กำหนดเกณฑ์คัดเข้าตามกรอบ PCC ได้แก่ ประชากร (P) คือประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือผู้ใช้งานระบบ แนวคิด (C) คือ สบช. โมเดล ระบบป้องกันจراثชีวิต 7 สี แอปพลิเคชัน หรือสุขภาพดิจิทัล และบริบท (C) คือ การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย สืบค้นจากฐานข้อมูล ThaiJO, Google Scholar และ TDC-ThaiLIS ระหว่าง พ.ศ. 2564–2568 ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ดำเนินการกระบวนกรคัดเลือกและสกัดข้อมูลโดยผู้วิจัยอย่างอิสระ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบงานวิจัยผ่านเกณฑ์คัดเข้า 7 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นวิจัยกึ่งทดลอง โดย 6 เรื่อง (ร้อยละ 85.71) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือกลุ่มเสี่ยงในชุมชน รูปแบบเทคโนโลยีที่ใช้ ได้แก่ LINE Official Account/Application, Mobile Application และระบบเชื่อมโยง

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

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
Assistant Professor, Prachomklao College of Nursing Phetchaburi Province, Faculty of Nursing,  
Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

ฐานข้อมูลสุขภาพ ฟังก์ชันสำคัญประกอบด้วย การจำแนกกลุ่มสีอัตโนมัติ การให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล การติดตามระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิต และการแจ้งเตือนความเสี่ยงรายบุคคล หลักฐานเชิงประจักษ์ บ่งชี้ว่าเทคโนโลยีเหล่านี้อาจมีแนวโน้มช่วยส่งเสริมความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง ความพึงพอใจ และการติดตามสุขภาพในชุมชน อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพและตัวชี้วัดทางคลินิกยังมีความหลากหลาย จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบที่ชัดเจน และมีระยะเวลาติดตามผลที่เหมาะสมเพื่อยืนยันประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** สบช. โมเดล, ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี, สุขภาพดิจิทัล, แอปพลิเคชัน, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

## Abstract

This scoping review aimed to synthesize evidence on the application of the Praboromarajchanok Institute (PBRI) Model, the 7-Color Life Traffic Light System, mobile applications, and digital health in non-communicable diseases (NCDs) management in Thailand, categorizing technological modalities, functional features, and reported outcomes. Guided by the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology and the PRISMA-ScR framework, the inclusion criteria were defined using the PCC mnemonic: Population (P) comprised the general public, at-risk groups, NCDs patients, healthcare personnel, village health volunteers (VHVs), or system users; Concept (C) involved the PBRI Model, the 7-Color Life Traffic Light System, applications, or digital health solutions; and Context (C) focused on NCDs management in Thailand. Literature searches were conducted across ThaiJO, Google Scholar, and TDC-ThaiLIS databases for articles published in both Thai and English languages between 2021 and 2025. Study selection and data extraction were performed independently by three reviewers, and data were analyzed using descriptive statistics and content synthesis.

Seven studies met the inclusion criteria, predominantly employing quasi-experimental designs. Six studies (85.71%) focused on patients with diabetes, hypertension, or at-risk individuals in community settings. Technological modalities utilized included LINE Official Accounts/applications, mobile applications, and integrated health database systems. Key functions encompassed automated color-coded risk stratification, personalized counseling, blood glucose or blood pressure tracking, and individualized risk alerts. Available empirical evidence suggests potential positive trends toward enhancing knowledge, risk perception, user satisfaction, and community-based health monitoring. However, health behaviors and clinical outcomes remained varied. Consequently, further investigations employing rigorous experimental or quasi-experimental designs with clear control groups and optimal follow-up periods are recommended to confirm efficacy.

**Keywords:** PBRI model, 7-color life traffic light system, Digital health, Applications, Non-communicable diseases (NCDs)

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่เกิดขึ้นจากปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเป็นระยะเวลานาน ครอบคลุมโรคสำคัญ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วนลงพุง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็ง สถานการณ์ล่าสุดในปี 2567 พบว่าประเทศไทยมีแนวโน้มความชุกของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อเทียบกับ 10 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 10.7 และโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.7 เป็นร้อยละ 26.2 รวมทั้งมีอัตราการเสียชีวิตจากโรค NCDs หลักประมาณ 160.5 ต่อแสนประชากร สะท้อนถึงภาระโรคที่ทวีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ (Bureau of Non-Communicable Diseases, 2024)

สถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะสถาบันอุดมศึกษาด้านสุขภาพที่มีเครือข่ายวิทยาลัยในสังกัดกระจายอยู่ในหลายภูมิภาค ได้ดำเนินการกิจเชิงรุกในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ และพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพชุมชน ภายใต้แนวคิด สบช.โมเดล (PBRI Model) โดยนำระบบป้องกันจราจรชีวิต 7 สี มาใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรอง จำแนกกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยตามระดับความรุนแรงของโรค ฝ้าระวัง ติดตาม และสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แนวทางดังกล่าวเชื่อมโยงกับมาตรการ 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ และ 3 ลด ได้แก่ ลดเหล้า ลดบุหรี่ และลดน้ำหนัก เพื่อสร้างความตระหนักรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสุขภาพในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ระบบป้องกันจราจรชีวิต 7 สี เป็นกลไกการจำแนกสถานะสุขภาพตามระดับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค โดยใช้สีเป็นสัญลักษณ์ช่วยให้ประชาชนและบุคลากรสุขภาพเข้าใจสถานะสุขภาพได้ง่าย สามารถนำไปใช้ในการคัดกรอง ฝ้าระวัง ติดตาม และให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม ทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยที่ควบคุมโรคได้ และกลุ่มป่วยที่มีความรุนแรง การใช้ระบบสีดังกล่าวจึงมีประโยชน์ในเชิงปฏิบัติ เพราะช่วยให้การสื่อสารสุขภาพ การจัดลำดับความเร่งด่วน และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนมีความชัดเจนมากขึ้น (Thienthavorn, 2013)

จากวรรณกรรม พบว่าแนวคิด สบช. โมเดลและระบบป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการคัดกรอง จำแนกความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมถึงใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับชุมชน (Ar-yuwat et al., 2017) นอกจากนี้ Wanchai et al. (2023) ได้ทบทวนขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวในภาพรวม และพบว่ามีการใช้งานใน 3 ลักษณะหลัก ได้แก่ การคัดกรอง การสร้างความรู้ และการกำหนดนโยบาย พร้อมเสนอให้พัฒนาเทคโนโลยีเข้ามาสนับสนุนการใช้งานและการแปลผลให้สะดวกยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อเข้าสู่ยุคการ

เปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพดิจิทัล โดยเฉพาะในช่วงปี 2566–2568 พบว่ามีการพัฒนารูปแบบการใช้งาน สบช. โมเดลและระบบป้องกันโรค 7 สี ผ่านแอปพลิเคชันสุขภาพดิจิทัล ระบบ LINE Official Account ระบบติดตามข้อมูลสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลสุขภาพในหลายพื้นที่มากขึ้น แต่หลักฐานดังกล่าวยังมีลักษณะกระจัดกระจาย มีความหลากหลายด้านรูปแบบเทคโนโลยี กลุ่มเป้าหมาย ฟังก์ชันการใช้งาน และผลลัพธ์ที่รายงาน อีกทั้งยังไม่มีการสังเคราะห์อย่างเป็นระบบว่าเทคโนโลยีดิจิทัลที่นำมาบูรณาการกับระบบป้องกันโรค 7 สีในปัจจุบันมีรูปแบบใดบ้าง ใช้ฟังก์ชันใดในการสนับสนุนการคัดกรอง การติดตาม และการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้ง มีผลลัพธ์ที่รายงานในด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ ตัวชี้วัดทางคลินิก ความพึงพอใจ และการใช้งานจริงอย่างไร

การทบทวนขอบเขตงานวิจัยครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการจัดทำหลักฐานเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แนวคิด สบช. โมเดล ระบบป้องกันโรค 7 สี แอปพลิเคชัน และสุขภาพดิจิทัลในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ตามแนวทางการทบทวนขอบเขตงานวิจัยของ Peters et al. (2020) เพื่อให้เห็นองค์ความรู้ในปัจจุบัน รูปแบบเทคโนโลยี ฟังก์ชันการใช้งาน ผลลัพธ์ที่รายงาน และช่องว่างขององค์ความรู้ ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับบุคลากรสุขภาพ นักพัฒนานวัตกรรม และผู้กำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนไทยต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อทบทวนและจำแนกรูปแบบเทคโนโลยีดิจิทัล ฟังก์ชันการใช้งาน และลักษณะการประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิด สบช. โมเดล และระบบป้องกันโรค 7 สี ในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย
2. เพื่อสังเคราะห์ผลลัพธ์ที่รายงานจากการใช้ระบบป้องกันโรค 7 สีในรูปแบบดิจิทัลต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ การจัดการตนเอง และตัวชี้วัดทางคลินิก

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้ระเบียบวิธีการทบทวนขอบเขตงานวิจัยตามแนวทางของ Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020) โดยมุ่งทบทวนงานวิจัยที่นำแนวคิด สบช.โมเดล และระบบป้องกันโรค 7 สี Thienthavorn (2013) มาใช้ร่วมกับแอปพลิเคชันหรือสุขภาพดิจิทัลในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในบริบทประเทศไทย กำหนดกรอบการสังเคราะห์หลักฐานเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) แนวคิดและบริบทการดำเนินงาน ได้แก่ สบช. โมเดล ระบบป้องกันโรค 7 สี และการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย 2) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ได้แก่ แอปพลิเคชัน สุขภาพดิจิทัล ระบบ LINE Official Account ระบบติดตามข้อมูลสุขภาพ และการเชื่อมโยงฐานข้อมูลสุขภาพ และ 3) ผลลัพธ์ที่รายงาน ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล พฤติกรรมสุขภาพ การจัดการตนเอง ตัวชี้วัดทางคลินิก ความพึงพอใจ ความเป็นไปได้ในการใช้งาน และข้อจำกัดของการนำระบบไปใช้จริง เพื่อระบุช่องว่างขององค์ความรู้ และเสนอแนะแนวทางการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนไทย

## คำถามการวิจัย

1. งานวิจัยเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับระบบป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ในช่วงปี พ.ศ. 2564–2568 มีรูปแบบเทคโนโลยี ฟังก์ชันการใช้งาน และลักษณะการนำไปใช้ในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นอย่างไร
2. ผลลัพธ์ที่รายงานจากการใช้ระบบป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ในรูปแบบดิจิทัลต่อความรู้ พฤติกรรม สุขภาพ การจัดการตนเอง และตัวชี้วัดทางคลินิกเป็นอย่างไร

## วิธีดำเนินการวิจัย

การทบทวนขอบเขตงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (scoping review) ตามแนวทางของ Joanna Briggs Institute: JBI (Peters et al., 2020) และรายงานผลตามกรอบ Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews: PRISMA-ScR เพื่อแสดงหลักฐานเกี่ยวกับรูปแบบเทคโนโลยีดิจิทัล ฟังก์ชันการใช้งาน ผลลัพธ์ที่รายงาน และช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แนวคิด สบข.โมเดล ระบบป้องกันจราจรชีวิต 7 สี แอปพลิเคชัน และสุขภาพดิจิทัลในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในบริบทประเทศไทย ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ดังนี้

### 1. การระบุคำถามวิจัย (identifying the research question)

กำหนดคำถามเพื่อเป็นทิศทางในการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ 1) งานวิจัยเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับระบบป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ในช่วงปี พ.ศ. 2564–2568 มีรูปแบบเทคโนโลยี ฟังก์ชันการใช้งาน และลักษณะการนำไปใช้ในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างไร? และ 2) ผลลัพธ์ที่รายงานจากการใช้ระบบป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ในรูปแบบดิจิทัลต่อความรู้ พฤติกรรม สุขภาพ การจัดการตนเอง และตัวชี้วัดทางคลินิกเป็นอย่างไร?

### 2. การระบุแหล่งข้อมูลและสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (identifying relevant studies)

ดำเนินการสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ระดับชาติและนานาชาติ ได้แก่ ThaiJO, Google Scholar และ TDC-ThaiLIS ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ. 2569 โดยกำหนดขอบเขตระยะเวลาของเอกสารที่ตีพิมพ์เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2568 และครอบคลุมเอกสารทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

### 3. การกำหนดกลยุทธ์และคำสำคัญในการสืบค้น (search strategy and terms)

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น (Search terms) ถูกกำหนดให้ครอบคลุมตามคำถามการวิจัย ประกอบด้วย ภาษาไทย: “ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี” OR “สบข. โมเดล” OR “ระบบป้องกัน 7 สี” AND “โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” OR “เบาหวาน” OR “ความดันโลหิตสูง” AND “แอปพลิเคชัน” OR “สุขภาพดิจิทัล” OR “เทคโนโลยีดิจิทัล” และภาษาอังกฤษ: “7-Color Traffic Light” OR “Ping Pong Traffic Life” OR “PBRI Model” AND “non-communicable diseases” OR “NCDs” OR “diabetes” OR “hypertension” AND “digital health” OR “mobile application” OR “mHealth” OR “eHealth” AND “Thailand”

**4. การคัดเลือกงานวิจัย (study selection)** กระบวนการคัดเลือกดำเนินการโดยผู้วิจัย 3 คนอย่างอิสระ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนย่อย ได้แก่

4.1 การคัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ ผู้วิจัยคัดกรองเอกสารตามกรอบ PCC ได้แก่ Participant (P) ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บุคลากรสุขภาพ อสม. นักศึกษาด้านสุขภาพ หรือผู้ใช้งานระบบดิจิทัล Concept (C) การประยุกต์ใช้ สบช. โมเดล ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี แอปพลิเคชัน LINE OA หรือระบบเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ Context (C) บริบทการจัดการโรค NCDs ในประเทศไทย (ชุมชน รพ.สต. โรงพยาบาล)

4.2 การพิจารณาบทความฉบับเต็ม อ่านฉบับเต็มเพื่อประเมินตาม เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เอกสารวิจัยฉบับสมบูรณ์ 2) ศึกษาเทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับปิงปอง 7 สี 3) รายงานระเบียบวิธีวิจัยและผลลัพธ์ชัดเจน และ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) หาฉบับเต็มไม่ได้ 2) เป็นเพียงโครงร่าง/บทบรรณาธิการ 3) ใช้นวัตกรรมหลายรูปแบบจนแยกผลลัพธ์ของดิจิทัลและ 7 สีไม่ได้ 4) บทความซ้ำซ้อน (หากผู้วิจัยเห็นต่าง จะอภิปรายเพื่อหาข้อสรุปโดยโหวต 2 ใน 3)

4.3 การแสดงขั้นตอนการคัดเลือก: สรุปกระบวนการคัดกรองและคัดเลือกทั้งหมดผ่านแผนภูมิแสดงการไหลของข้อมูลตามมาตรฐาน PRISMA-ScR ภาพ 1

**5. การสกัดข้อมูล (data charting)** ผู้วิจัย 3 คน สกัดข้อมูลอย่างอิสระลงในแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล ที่ดัดแปลงจากแนวทางของ JBI (2014) ให้จำเพาะกับบริบทงานวิจัย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป และระเบียบวิธีวิจัย ชื่อผู้แต่ง ปีที่เผยแพร่ วัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง และพื้นที่ศึกษา 2) รายละเอียดนวัตกรรม รูปแบบเทคโนโลยีดิจิทัล และฟังก์ชันการใช้งานหลักที่สะท้อนแนวคิดปิงปองจราจรชีวิต 7 สี และ 3) ผลลัพธ์สำคัญ ได้แก่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ตัวชี้วัดทางคลินิก และความพึงพอใจ

#### **6. การประเมินคุณภาพงานวิจัย (quality assessment)**

ประเมินความน่าเชื่อถือทางระเบียบวิธีวิจัยโดยผู้วิจัย 3 คนอย่างอิสระ งานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองประเมินด้วยเครื่องมือของ JBI (2017a; 2017b) ส่วนงานวิจัยและพัฒนา (R&D) ประเมินจากความรัดกุมของกระบวนการพัฒนาและเครื่องมือ เกณฑ์คะแนนคือ 1 (มีข้อมูลตามเกณฑ์) และ 0 (ไม่มี/ไม่ชัดเจน) คัดคะแนนโดยคำนวณเป็นร้อยละ กำหนดเกณฑ์แปลผล 3 ระดับ ดังนี้ คุณภาพสูง ( $\geq 75\%$ ) ปานกลาง (50–74.99%) และต่ำ (<50%)

**7. การรวบรวม สรุป และสังเคราะห์ข้อมูล (collating, summarizing, and synthesizing results)** ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ผ่านการสกัดและตรวจสอบความถูกต้องแล้ว มาวิเคราะห์ โดยใช้ระเบียบวิธี 2 ส่วนควบคู่กัน ได้แก่

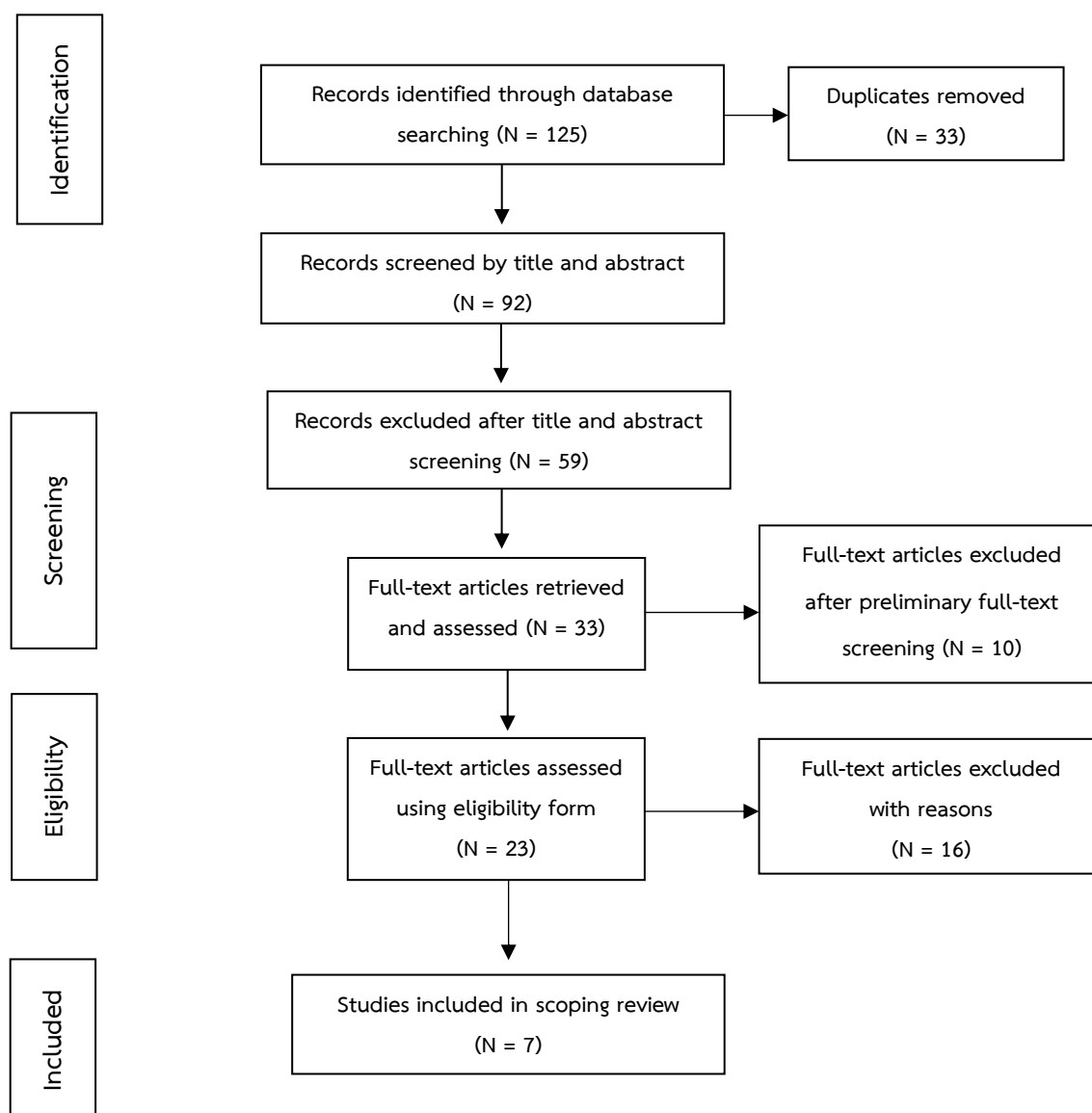
7.1 การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของวรรณกรรม เพื่ออธิบายความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7.2 การสังเคราะห์เชิงเนื้อหา จัดกลุ่มข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบเพื่อตอบคำถามการวิจัยโดยจัดกลุ่มข้อมูลเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง 2) รูปแบบเทคโนโลยีดิจิทัลและฟังก์ชันการใช้งาน 3) ผลลัพธ์ที่รายงาน ด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ การจัดการ

ตนเอง ตัวชี้วัดทางคลินิก ความพึงพอใจ การใช้งานจริง และ 4) ช่องว่างขององค์ความรู้และข้อจำกัดของหลักฐาน

## 8. การนำเสนอผลการทบทวน (presentation of results)

นำเสนอข้อมูลที่ผ่านการสังเคราะห์แล้วให้มีโครงสร้างที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการนำไปใช้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 PRISMA flow diagram

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเอกสาร ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี แบบยกเว้น (exemption) เลขที่ PCKCN REC 01/2569 ลงวันที่ 30 มกราคม 2569

## ตาราง แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูลงานวิจัย

| ลำดับ/<br>ผู้แต่งและปี          | รูปแบบและ<br>วัตถุประสงค์การวิจัย                                                                                                                                                           | กลุ่มตัวอย่าง                                                                                                                                                                          | รูปแบบเทคโนโลยี<br>และฟังก์ชันการทำงาน                                                                                                                                                                                    | ผลลัพธ์และข้อจำกัด                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Pradabthong<br>et al. (2025) | กึ่งทดลอง (กลุ่มเดียว<br>วัดก่อน-หลัง)<br>เพื่อศึกษาประสิทธิภาพ<br>ต่อความรู้และประเมิน<br>ความพึงพอใจของการ<br>ใช้แอปพลิเคชัน                                                              | ผู้มีความเสี่ยงต่อ<br>การเป็น<br>โรคเบาหวาน<br>(FBS 100-125<br>mg/dl) ตามเกณฑ์<br>ป้องกันภาวะโรค<br>7 สี ในระดับสี<br>เขียวอ่อนขึ้นไป<br>จำนวน 40 คน<br>อายุ 20 ปี ขึ้นไป<br>จ.สุโขทัย | LINE Official Account<br>(เบาหวานเบาใจ)<br>ร่วมกับสมุดเล่มเล็ก<br>ส่งข้อความอัตโนมัติให้<br>ความรู้เรื่องอาหารและ<br>การป้องกัน ให้ผู้ใช้<br>ปฏิบัติตัวและบันทึกผล<br>ตามกลุ่มสีป้องกัน 7 สี                              | - ความรู้หลังทดลองสูง<br>กว่าก่อนทดลองอย่างมี<br>นัยสำคัญ ( $p < .01$ )<br>และมีความพึงพอใจ<br>อยู่ในระดับมากที่สุด<br>( $M = 4.64, SD = .29$ )<br>- ไม่มีการติดตามค่า<br>HbA1c ในระยะยาว                                                                   |
| 2. Hanklang<br>et al. (2025)    | กึ่งทดลอง (2 กลุ่ม<br>วัดก่อน-หลัง)<br>ระยะเวลาศึกษา<br>4 สัปดาห์<br>เพื่อเปรียบเทียบ<br>ความรู้ การรับรู้<br>ความเสี่ยง พฤติกรรม<br>และระดับน้ำตาล<br>(FBS) ระหว่างกลุ่ม<br>ทดลองและควบคุม | ผู้ป่วยเบาหวาน<br>ชนิดที่ 2 จำนวน<br>64 คน (กลุ่ม<br>ทดลองและ<br>ควบคุม กลุ่มละ<br>32 คน)<br>อายุ 20-65 ปี<br>จ.นครราชสีมา                                                             | LINE Application<br>(Sugar Safety Alert)<br>ประยุกต์แนวคิด<br>Health Belief Model<br>ร่วมกับป้องกัน 7 สี<br>มีระบบให้ผู้ใช้กรอก<br>ค่าน้ำตาล และแสดง<br>คำแนะนำเฉพาะบุคคล<br>เพื่อป้องกัน<br>ภาวะแทรกซ้อนแบบ<br>อัตโนมัติ | - กลุ่มทดลองมีความรู้<br>และการรับรู้ความเสี่ยง<br>สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง<br>มีนัยสำคัญ<br>พฤติกรรมและระดับ<br>FBS ยังไม่แตกต่างกัน<br>- ระยะเวลาดำเนินการ<br>ผ่านแอปพลิเคชัน<br>(4 สัปดาห์) อาจสั้น<br>เกินไปในการ<br>ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม<br>และค่าน้ำตาล |
| 3. Dokduang<br>et al. (2021)    | วิจัยและพัฒนา (R&D)<br>เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชัน<br>สำหรับผู้สูงอายุ<br>และประเมินความพึง<br>พอใจ                                                                                               | ผู้สูงอายุเบาหวาน<br>200 คน<br>ผู้เชี่ยวชาญ<br>10 คน และ<br>ผู้ใช้งานทั่วไป<br>168 คน<br>จ.อุบลราชธานี                                                                                 | Android Application<br>บันทึกข้อมูลทั่วไป<br>ค่าน้ำตาล ความดัน<br>ประมวลผลสถิติตาม<br>ทฤษฎีป้องกัน 7 สี<br>และให้สุขศึกษาการ<br>ดูแลตนเอง (อาหาร<br>การชั่งยา และการออกกำลังกาย)                                          | - ความพึงพอใจในการ<br>ใช้งานอยู่ในระดับมาก<br>- แอปพลิเคชันใช้งานง่าย<br>ช่วยให้แพทย์นำสถิติไป<br>วิเคราะห์อาการและ<br>ให้คำแนะนำรายบุคคล<br>ได้แม่นยำขึ้น                                                                                                  |

## ตาราง (ต่อ)

| ลำดับ/<br>ผู้แต่งและปี        | รูปแบบและ<br>วัตถุประสงค์การวิจัย                                                                                                                                   | กลุ่มตัวอย่าง                                                                                                                     | รูปแบบเทคโนโลยี<br>และฟังก์ชันการทำงาน                                                                                                                                                                                                                         | ผลลัพธ์และข้อจำกัด                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. Phromsaun<br>et al. (2025) | กึ่งทดลอง (กลุ่มเดียว<br>วัดก่อน-หลัง)<br>ระยะเวลา 8 สัปดาห์<br>เพื่อเปรียบเทียบ<br>ความรู้ ระดับความดัน<br>โลหิต และระดับ<br>น้ำตาล ก่อนและหลัง<br>เข้าร่วมกิจกรรม | ผู้ป่วยอายุ 20 ปี<br>ขึ้นไป ที่มีระดับ<br>ความดันโลหิต<br>และเบาหวาน<br>ในระดับสีเขียว<br>อ่อนขึ้นไป<br>จำนวน 60 คน<br>จ.สุรินทร์ | สื่อออนไลน์ (online<br>media) ร่วมกับกิจกรรม<br>ในชุมชน<br>อสม. ให้คำปรึกษาและ<br>สื่อสารความรู้ผ่านสื่อ<br>ออนไลน์ ควบคู่กับการ<br>ส่งเสริมพฤติกรรมด้วย<br>แนวทางป้องกัน 7 สี<br>และหลัก 3อ. 3ล.<br>(อาหาร อารมณ์ ออก<br>กำลังกาย ลดเหล้า บุหรี่<br>ความอ้วน) | - คะแนนความรู้เพิ่มขึ้น<br>อย่างมีนัยสำคัญ<br>( $p < .001$ )<br>- ระดับความดันโลหิต<br>ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ<br>( $p < .05$ )<br>- ระดับน้ำตาลลดลง<br>อย่างมีนัยสำคัญ<br>( $p < .001$ ) |
| 5. Chuntaravichit<br>(2023)   | วิจัยเชิงประเมินผลใช้<br>CIPP Model<br>เพื่อประเมินผลการ<br>ดำเนินงานโครงการ<br>เฝ้าระวัง ป้องกัน<br>ควบคุมโรคด้วย<br>ป้องกัน<br>7 สี                               | บุคลากร<br>สาธารณสุข<br>จำนวน 60 คน<br>(ผู้บริหารและ<br>ผู้ปฏิบัติงานที่มี<br>ประสบการณ์ใน<br>การดำเนินงาน<br>อย่างน้อย 5 ปี)     | ระบบรายงาน Health<br>Data Center (HDC)<br>และโปรแกรมคลังข้อมูล<br>Chronic Link<br>ใช้ติดตามและ<br>ประเมินผลการ<br>ดำเนินงานระดับพื้นที่<br>ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูล<br>ทุติยภูมิ                                                                                 | - ระบบติดตามมีความ<br>ชัดเจน งบประมาณและ<br>บุคลากรเพียงพอ<br>- อัตราอุบัติการณ์ผู้ป่วย<br>โรครายใหม่ลดลง<br>การควบคุมโรคได้ดี<br>มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น                                  |
| 6. Maneelert<br>(2021)        | วิจัยและพัฒนา (R&D)<br>เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชัน<br>คัดกรองกลุ่มเสี่ยง<br>และศึกษาความพึง<br>พอใจ                                                                       | ผู้เชี่ยวชาญ<br>จำนวน 5 คน<br>และผู้ใช้งาน<br>จำนวน 30 คน<br>ได้แก่ อสม.<br>นักศึกษา และ<br>ผู้ป่วย<br>จ.เชียงใหม่                | Android Application<br>ใช้ในการคัดกรองกลุ่ม<br>เสี่ยงโรคเบาหวานและ<br>ความดันโลหิตสูง<br>โดยประมวลผลตาม<br>หลักเกณฑ์ของป้องกัน<br>จรรยาชีวิต 7 สี                                                                                                              | - ประสิทธิภาพโดย<br>ผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับ<br>เหมาะสมมาก<br>( $M = 4.26, SD = .61$ )<br>- ความพึงพอใจของ<br>ผู้ใช้งานอยู่ในระดับมาก<br>( $M = 4.47, SD = .66$ )                      |

## ตาราง (ต่อ)

| ลำดับ/<br>ผู้แต่งและปี      | รูปแบบและ<br>วัตถุประสงค์การวิจัย                                                                                      | กลุ่มตัวอย่าง                        | รูปแบบเทคโนโลยี<br>และฟังก์ชันการทำงาน                                                                                                                                                                    | ผลลัพธ์และข้อจำกัด                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7. Karunan et al.<br>(2023) | วิจัยและพัฒนา (R&D)<br>เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันคัดกรองสุขภาพ<br>สำหรับ อสม. และ<br>ประเมิน<br>ประสิทธิภาพ/<br>ความพึงพอใจ | อสม.50 คน<br>ของ 4 จังหวัด<br>ภาคใต้ | Mobile Application<br>(รองรับ iOS &<br>Android) พัฒนาด้วย<br>โปรแกรม Flutter<br>บันทึกข้อมูลส่วนตัว<br>(BMI ความดันโลหิต<br>และโรคประจำตัว) และ<br>มีระบบประมวลผล<br>คำแนะนำตามกลุ่ม 7 สี<br>โดยอัตโนมัติ | - ประสิทธิภาพของแอป<br>พลิเคชันอยู่ในระดับมาก<br>( $M = 4.48, SD = .59$ )<br>- ความพึงพอใจโดย<br>รวมอยู่ในระดับมากที่สุด<br>( $M = 4.52, SD = .54$ )<br>โดยเฉพาะด้านคุณภาพ<br>ของแอปพลิเคชันและ<br>ประโยชน์ในการนำไปใช้ |

FBS = Fasting Blood Sugar, R&D = Research and Development

## ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 7 เรื่อง พบว่างานวิจัยมีความหลากหลายด้านรูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง และลักษณะเทคโนโลยีที่นำมาใช้ ร่วมกับระบบป้องกันจراثชีวิต 7 สี เมื่อจำแนกตามรูปแบบการวิจัย พบว่าเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 42.86 งานวิจัยและพัฒนา จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 42.86 และงานวิจัยเชิงประเมินโดยใช้ CIPP Model จำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 14.29 กลุ่มเป้าหมายที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือกลุ่มเสี่ยงในชุมชน พบในงานวิจัย 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 85.71 รองลงมาคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบในงานวิจัย 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 28.57 ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ประเมินระบบ พบในงานวิจัย 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 28.57 และบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้บริหารโครงการ พบในงานวิจัย 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 14.29 ตามลำดับ

2. รูปแบบเทคโนโลยีดิจิทัลและฟังก์ชันการใช้งาน การประยุกต์ใช้ระบบป้องกันจراثชีวิต 7 สี ในรูปแบบดิจิทัลมีรูปแบบเทคโนโลยีหลัก 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) Line Official Account หรือ Line Application 2) Mobile Application บนระบบ Android หรือ iOS 3) สื่อออนไลน์เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้และการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) ระบบเชื่อมโยงฐานข้อมูลสุขภาพหรือระบบรายงาน เช่น Health Data Center และโปรแกรมคลังข้อมูล Chronic Link และ Line Application พบในงานที่เน้นการให้ความรู้ การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และการให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล เช่น เบาหวานเบาใจ และ Sugar Safety Alert จุดเด่นคือเข้าถึงง่าย ใช้สื่อสารหรือส่งคำแนะนำอัตโนมัติได้ ส่วน Mobile Application พบในงานวิจัยและพัฒนาที่ออกแบบระบบเพื่อบันทึกข้อมูลสุขภาพ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และประมวลผลตามเกณฑ์ป้องกันจراثชีวิต 7 สี สื่อออนไลน์ถูกใช้เพื่อสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริม

พฤติกรรมสุขภาพ การให้คำปรึกษา และการติดตามการดูแลตนเอง ขณะที่ระบบฐานข้อมูลสุขภาพ เช่น HDC และ Chronic Link ใช้สนับสนุนการติดตามข้อมูลระดับพื้นที่และการบริหารจัดการโครงการ

ฟังก์ชันสำคัญที่พบ ได้แก่ การคัดกรองและจำแนกกลุ่มสี การให้ความรู้และคำแนะนำเฉพาะบุคคล การบันทึกและติดตามข้อมูลสุขภาพ การแจ้งเตือนหรือสื่อสารความเสี่ยง และการสนับสนุนการทำงานของบุคลากรสุขภาพหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ฟังก์ชันเหล่านี้ช่วยให้การคัดกรอง การติดตาม และการให้คำแนะนำตามระดับความเสี่ยงมีความเป็นระบบมากขึ้น

### 3. ผลลัพธ์ที่รายงาน จัดกลุ่มได้เป็น 5 ด้าน ได้แก่

3.1 ความรู้และการรับรู้ความเสี่ยง มีรายงานแนวโน้มเชิงบวก เช่น คะแนนความรู้หลังใช้ระบบสูงกว่าก่อนใช้ หรือกลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3.2 พฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเอง พบว่าเทคโนโลยีดิจิทัลถูกใช้เพื่อให้ความรู้ เรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตามระดับสีของระบบป้องกันจราจรชีวิต 7 สี งานวิจัยบางเรื่องรายงานว่าระบบช่วยสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมยังไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะงาน Sugar Safety Alert ที่พบว่าความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงดีขึ้น แต่พฤติกรรมและระดับ FBS ยังไม่แตกต่างระหว่างกลุ่ม

3.3 ตัวชี้วัดทางคลินิก งานวิจัยบางเรื่องรายงานว่าระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตลดลงหลังเข้าร่วมกิจกรรม แต่หลักฐานยังมีความหลากหลาย เพราะไม่ได้วัดผลลัพธ์ทางคลินิก และบางงานวิจัยที่วัดระดับ FBS พบว่ายังไม่แตกต่างระหว่างกลุ่ม จึงยังไม่ควรสรุปว่าเทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับระบบป้องกันจราจรชีวิต 7 สีสามารถลดระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตได้ในทุกบริบท

3.4 ความพึงพอใจ ประสิทธิภาพ และความเป็นไปได้ในการใช้งาน งานวิจัยและพัฒนาแอปพลิเคชันหลายเรื่องรายงานผลในระดับดีถึงดีมาก เช่น แอปพลิเคชันมีความเหมาะสมหรือประสิทธิภาพในระดับมาก และผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ผลลัพธ์นี้สะท้อนว่าเทคโนโลยีที่พัฒนาขึ้นมีแนวโน้มได้รับการยอมรับและมีความเป็นไปได้ในการใช้ในชุมชน

3.5 การเฝ้าระวังและการจัดการระบบบริการ งานวิจัยเชิงประเมินที่ใช้ HDC และ Chronic Link รายงานว่าระบบติดตามมีความชัดเจน มีทรัพยากรสนับสนุนเพียงพอ อัตราอุบัติการณ์โรครายใหม่ลดลง และการควบคุมโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

4. ช่องว่างขององค์ความรู้ พบ 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) งานวิจัยมีความหลากหลายด้านแบบวิจัย ทำให้ยังไม่สามารถสรุปประสิทธิผลเชิงสาเหตุได้ชัดเจน 2) ระยะเวลาการติดตามในบางการศึกษาค่อนข้างสั้น เช่น 4–8 สัปดาห์ จึงยังไม่เพียงพอต่อการประเมินผลลัพธ์ระยะยาว 3) งานวิจัยหลายเรื่องเน้นความพึงพอใจ ประสิทธิภาพ หรือความเป็นไปได้ในการใช้งานมากกว่าผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) ยังมีหลักฐานจำกัดเกี่ยวกับการใช้งานจริงในระบบบริการ เช่น ความต่อเนื่องในการใช้งาน การยอมรับเทคโนโลยี ภาระงานของบุคลากร ความปลอดภัยของข้อมูล การเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบบริการ และต้นทุน-ประสิทธิผล

## การอภิปรายผล

1. รูปแบบเทคโนโลยีดิจิทัลและฟังก์ชันการใช้งาน จากการทบทวนขอบเขตงานวิจัยครั้งนี้ พบว่าการประยุกต์ใช้แนวคิด สบซ. โมเดล ระบบป้องกันจราจรชีวิต 7 สี แอปพลิเคชัน และสุขภาพดิจิทัลในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย มีรูปแบบเทคโนโลยีหลากหลาย ได้แก่ Line Official Account หรือ Line Application, Mobile Application, สื่อออนไลน์ และระบบเชื่อมโยงฐานข้อมูลสุขภาพ เช่น Health Data Center และ Chronic Link โดยเทคโนโลยีเหล่านี้ถูกนำมาใช้เพื่อสนับสนุนการคัดกรอง การให้ความรู้ การติดตามข้อมูลสุขภาพ และการให้คำแนะนำตามระดับความเสี่ยงของผู้ใช้ (Pradabthong et al., 2025; Hanklang et al., 2025; Dokduang et al., 2021; Phromsaun et al., 2025; Chuntaravichit, 2023; Maneelert, 2021; Karunan et al., 2023)

รูปแบบเทคโนโลยีที่พบสะท้อนการปรับระบบป้องกันจราจรชีวิต 7 สีจากเครื่องมือคัดกรองเชิงปฏิบัติการสู่เครื่องมือดิจิทัลที่ช่วยให้การสื่อสารข้อมูลสุขภาพเข้าใจง่ายและเข้าถึงได้มากขึ้น งานที่ใช้ Line Application มีจุดเด่นด้านความคุ้นเคยของผู้ใช้ การเข้าถึงง่าย และการให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล (Pradabthong et al., 2025; Hanklang et al., 2025) ขณะที่งานพัฒนา Mobile Application เน้นการบันทึกข้อมูลสุขภาพ การประมวลผลตามเกณฑ์ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี และการให้คำแนะนำรายบุคคล (Dokduang et al., 2021; Maneelert, 2021; Karunan et al., 2023) ส่วนระบบ Health Data Center และ Chronic Link สะท้อนบทบาทของเทคโนโลยีในระดับระบบบริการและการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่ (Chuntaravichit, 2023)

2. ผลลัพธ์ที่รายงาน ด้านความรู้และการรับรู้ความเสี่ยง งานวิจัยที่วัดผลด้านนี้รายงานแนวโน้มเชิงบวก โดย Pradabthong et al. (2025) รายงานว่าคะแนนความรู้หลังใช้แอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับระบบป้องกันจราจรชีวิต 7 สีสูงกว่าก่อนทดลอง และ Hanklang et al. (2025) รายงานว่ากลุ่มทดลองที่ใช้ Sugar Safety Alert มีความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์นี้ควรตีความในฐานะผลลัพธ์ที่รายงานจากงานวิจัยเดิม ไม่ใช่ข้อสรุปว่างานวิจัยทุกเรื่องให้ผลเหมือนกัน เนื่องจากบางงานเป็นการวิจัยและพัฒนา หรือการประเมินระบบที่มุ่งรายงานประสิทธิภาพ ความพึงพอใจ และความเป็นไปได้ในการใช้งานมากกว่าการวัดผลด้านความรู้โดยตรง (Dokduang et al., 2021; Maneelert, 2021; Karunan et al., 2023)

ด้านพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเอง เทคโนโลยีดิจิทัลถูกใช้เพื่อสนับสนุนการให้ความรู้ การสื่อสารความเสี่ยง การให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล และการติดตามการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Hanklang et al., 2025; Phromsaun et al., 2025) การแสดงผลเป็นกลุ่มสีหรือคำแนะนำรายบุคคลอาจช่วยให้ผู้ใช้เข้าใจสถานะสุขภาพของตนเองได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura (1997) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) เนื่องจากการได้รับข้อมูลย้อนกลับและคำแนะนำที่ปฏิบัติได้ อาจช่วยเพิ่มความมั่นใจและความตั้งใจในการดูแลสุขภาพ

ด้านตัวชี้วัดทางคลินิก หลักฐานยังมีความหลากหลาย โดย Phromsaun et al. (2025) รายงานว่าระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ตนเองร่วมกับสื่อออนไลน์ ขณะที่ Hanklang et al. (2025) รายงานว่ากลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงสูงขึ้น แต่พฤติกรรมและระดับ FBS ยังไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังนั้น จึงไม่ควรสรุปว่าระบบดิจิทัลร่วมกับปิงปองจราจรชีวิต 7 สีช่วยลดระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ในทุกบริบท

ด้านความพึงพอใจ ประสิทธิภาพ และความเป็นไปได้ในการใช้งาน งานวิจัยและพัฒนาแอปพลิเคชันหลายเรื่องรายงานผลในระดับดีถึงดีมาก โดย Dokduang et al. (2021) รายงานว่าแอปพลิเคชันช่วยดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานสำหรับผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ส่วน Maneelert (2021) รายงานว่าแอปพลิเคชันคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความเหมาะสมและความพึงพอใจในระดับมาก และ Karunan et al. (2023) รายงานว่าแอปพลิเคชันคัดกรองสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีประสิทธิภาพในระดับมากและผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนการยอมรับและความเป็นไปได้ของการนำเทคโนโลยีไปใช้ในชุมชน แต่ยังไม่เพียงพอที่จะสรุปผลต่อพฤติกรรมสุขภาพหรือตัวชี้วัดทางคลินิกในระยะยาว

ด้านการเฝ้าระวังและการจัดการระบบบริการ Chuntaravichit (2023) รายงานว่าการใช้ Health Data Center และ Chronic Link ช่วยสนับสนุนการติดตามข้อมูล การจัดการโครงการ และการบริหารงานระดับพื้นที่ โดยพบว่าระบบติดตามมีความชัดเจน มีทรัพยากรสนับสนุนเพียงพอ อัตราอุบัติการณ์โรครายใหม่ลดลง และการควบคุมโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นงานวิจัยเชิงประเมินและใช้ข้อมูลทุติยภูมิจึงร่วมกับแบบสอบถาม จึงควรอภิปรายในลักษณะว่าระบบข้อมูลสุขภาพอาจมีบทบาทสนับสนุนการเฝ้าระวังและการจัดการโรคในระดับพื้นที่ มากกว่าการสรุปว่าเทคโนโลยีเป็นสาเหตุโดยตรงของการลดอุบัติการณ์โรครายใหม่

## ข้อจำกัดการวิจัย

การทบทวนขอบเขตงานวิจัยนี้ สืบค้นเฉพาะรายงานการวิจัย/ บทความวิจัย ที่เผยแพร่ระหว่าง พ.ศ. 2564–2568 จากฐานข้อมูล ThaiJO, Google Scholar และ TDC-ThaiLIS ซึ่งสอดคล้องกับบริบทประเทศไทย แต่อาจไม่ครอบคลุมงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลสากล

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ ควรทดลองใช้ระบบปิงปองจราจรชีวิต 7 สีในรูปแบบดิจิทัล เช่น LINE Official Account, Mobile Application หรือระบบติดตามข้อมูลสุขภาพ ในพื้นที่นำร่องเพื่อสนับสนุนการคัดกรอง การจำแนกกลุ่มเสี่ยง การให้คำแนะนำรายบุคคล และการติดตามผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน
2. ควรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุคลากรสุขภาพให้สามารถใช้ระบบดิจิทัลในการคัดกรอง บันทึกข้อมูล แปลผลกลุ่มสี และส่งต่อข้อมูลได้อย่างถูกต้อง โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้รับบริการ

3. การพัฒนาระบบในอนาคตควรคำนึงถึงการเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบบริการสุขภาพเดิม เช่น HDC หรือ HIS เพื่อสนับสนุนการติดตาม วางแผน และบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับพื้นที่ อย่างเป็นระบบ

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิผลเชิงเปรียบเทียบของระบบป้องกันจรรยาชีวิต 7 สีในรูปแบบดิจิทัล กับการดูแลตามปกติ โดยใช้แบบวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบหรือการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม พร้อมติดตามผลระยะยาว 6–12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ การจัดการตนเอง และตัวชี้วัดทางคลินิก นอกจากนี้ ควรศึกษาการยอมรับเทคโนโลยี การใช้งานจริง ภาระงานของผู้ให้บริการ ความปลอดภัยของข้อมูล การเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) หรือระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) และ ต้นทุน-ประสิทธิผล เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายก่อนขยายผลในวงกว้าง

#### รายการอ้างอิง

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ar-yuwat, S., Poonsup, A., & Meethip, N. (2017). Screening for hypertension and diabetes among Thai teenagers and adults in Muang District of Phitsanulok Province. *Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(Suppl.), S131–S146. (in Thai)
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Bureau of Non-Communicable Diseases. (2024). *Annual report 2024*. Ministry of Public Health. [https://ddc.moph.go.th/dncd/journal\\_detail.php?publish=16681](https://ddc.moph.go.th/dncd/journal_detail.php?publish=16681)
- Chuntaravichit, K. (2023). Evaluation of the implementation of the surveillance, prevention, and control of diabetes and hypertension with the Vichai 7 Colors Model in Singburi Province using the CIPP Model. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 6(2), 80-93. (in Thai)
- Dokduang, K., Totum, B., & Kosapan, P. (2021). A development of diabetic patient healthcare application for elderly people in Ubon Ratchathani Province. *Journal of Industrial Technology Ubon Ratchathani Rajabhat University*, 11(2), 53-65. (in Thai)
- Hanklang, S., Lueklang, S., Sathira-Anant, S., Phukerd, S., & Chuanphimai, T. (2025). Effectiveness of an innovation “Sugar Safety Alert” for using the LINE application on people with type 2 diabetes. *Nursing Research and Innovation Journal*, 31(1), 66-38. (in Thai)

- Karunan, K., Jaijong, P., Suriya, N., & Intolo, S. (2023). The development of a health screening application for village health volunteers in the four southern provinces. *Thai Journal of Nursing*, 72(3), 55-62. (in Thai)
- Maneelert, C. (2021). Development of an application for screening diabetes and hypertension risk groups. *Community and Social Development Journal*, 22(3), 109-125. (in Thai)
- Modica, C., Lewis, J. H., & Bay, R. C. (2024). Advancing virtual at-home care for community health center patients using patient self-care tools, technology, and education. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 521-531. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s443973>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pradabthong, O., Pomthong, K., & Chumnanon, C. (2025). The effects of knowledge promotion on diabetes control and prevention using the LINE application, anti-diabetic with 7-color traffic ping-pong life. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi*, 8(3), 5-17. (in Thai)
- Phromsaun, W., Boonpratham, K., Jantarasuk, C., Hemchanan, N., Chuchomngam, W., & Saengmuang, A. (2025). Effects of a self-care behavior promotion activity using the 7-color balls model on knowledge and health status among patients with hypertension and diabetes. *Multidisciplinary Journal for Health*, 7(1), 73-85. (in Thai)
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2014 edition*. <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/ReviewersManual.pdf>
- The Joanna Briggs Institute. (2017a). *Checklist for randomized controlled trials*. [https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI\\_RCTs\\_Appraisal\\_tool2017\\_0.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_RCTs_Appraisal_tool2017_0.pdf)
- The Joanna Briggs Institute. (2017b). *Checklist for quasi-experimental studies (non-randomized experimental studies)*. [https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI\\_Quasi-Experimental\\_Appraisal\\_Tool2017\\_0.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Quasi-Experimental_Appraisal_Tool2017_0.pdf)
- Thienthavorn, V. (2013). *Surveillance, control, and prevention system for diabetes and hypertension in Thailand: 7-color life traffic light*. Agricultural Cooperative Federation of Thailand Printing House. (in Thai)
- Wanchai, A., Kanjanapradit, K., Yamyong, N., Pangsook, P., Surakiet, S., & Klerkkulthorn, T. (2023). Application of the 7-color life traffic light in the surveillance of chronic non-communicable diseases: A scoping review. *Journal of Nursing Research and Health Sciences*, 15(2), 13-26. (in Thai)

## บทความวิจัย (Research article)

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง  
ต่อความรู้โรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการตรวจ  
เต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง  
The Effectiveness of Breast Self-Examination Promotion Program on Breast  
Cancer Knowledge, Self-Efficacy and Skills Toward Breast Self- Examination  
among Public Health Students at One Rajabhat University

ศศิธร ตันติเอกรัตน์<sup>1</sup>, นัชชา ยันติ<sup>2\*</sup>

Sasithon Tantiekkarat<sup>1</sup>, Nadchar Yanti<sup>2\*</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nadchar@vru.ac.th)

(Received: February 14, 2026; Revised: May 29, 2026; Accepted: June 27, 2026)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์เพศหญิง ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 70 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน ได้รับการสอนตามมาตรฐานหลักสูตร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้โรคมะเร็งเต้านม และแบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 21 เท่ากับ .85 และ .88 และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้โรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง ( $t = 13.25, 14.10, 33.16; p < .05$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 16.12, 14.88, 31.62; p < .05$ )

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี  
Assistant Professor, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University Under the Royal Patronage  
Pathum Thani Province

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี  
Associate Professor, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University Under the Royal Patronage  
Pathum Thani Province

บุคลากรสุขภาพและอาจารย์ประจำมหาวิทยาลัย สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมความรู้ และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาในรายวิชาที่เกี่ยวข้องต่อไป

**คำสำคัญ:** โปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง, ความรู้โรคมะเร็งเต้านม, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง, นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์

## Abstract

This two-group pretest–posttest quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of a breast self-examination promotion program on breast cancer knowledge, self-efficacy, and breast self-examination skills among public health students. The sample consisted of 70 female public health students in Years 1–4, selected through multistage random sampling. Participants were assigned to either an experimental group ( $n = 35$ ), which participated in an 8-week breast self-examination promotion program, or a control group ( $n = 35$ ), which received standard curriculum instruction. Data were collected using a breast cancer knowledge questionnaire, a breast self-examination skills assessment, and a self-efficacy questionnaire. The KR-21 reliability coefficients for the knowledge and skills instruments were .85 and .88, respectively, while the self-efficacy questionnaire demonstrated a Cronbach's alpha coefficient of .93. Data were analyzed using descriptive statistics and independent and paired t-tests.

The results showed that, within the experimental group, the posttest mean scores for breast cancer knowledge, self-efficacy, and breast self-examination skills were significantly higher than the pretest scores ( $t = 13.25, 14.10, 33.16; p < .05$ , respectively). Furthermore, the posttest mean scores of the experimental group were significantly higher than those of the control group ( $t = 16.12, 14.88, 31.62; p < .05$ , respectively). These findings indicate that the breast self-examination promotion program was effective in improving breast cancer knowledge, self-efficacy, and breast self-examination skills among public health students.

Therefore, faculty members and healthcare professionals may consider implementing this program to enhance breast cancer knowledge and breast self-examination skills among students and in related educational programs.

**Keywords:** Breast self-examination promotion program, Breast cancer knowledge, Self-efficacy, Skills toward breast self-examination, Public health students

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ.2022 พบจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมทั่วโลก 2.3 ล้านคนและเสียชีวิตจำนวนมากถึง 670,000 คน ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ของโรคมะเร็งทั้งหมด (World Health Organization, 2022) สำหรับในประเทศไทยจากข้อมูลการสำรวจของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2566 พบว่า โรคมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 42 ของโรคมะเร็งทั้งหมด (National Cancer Institute, 2025) นอกจากนี้ ระบบรายงาน Health Data Center (HDC) ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ ในปีพ.ศ. 2568 พบว่า อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองในสตรีอายุ 30 – 70 ปีทั่วประเทศมีเพียง ร้อยละ 57.50 และในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า มีการตรวจคัดกรองเต้านมด้วยตนเองเพียงร้อยละ 40.84 ซึ่งต่ำเป็นลำดับ 2 จากทุกเขตสุขภาพ (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2025) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัญหาของโรคมะเร็งเต้านมในผู้หญิงไทยมีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้น และเป็นปัญหาที่สำคัญซึ่งต้องรีบดำเนินการแก้ไขต่อไป

การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีค่าใช้จ่าย สะดวก และพบความผิดปกติในระยะแรก (Bhan & Jayaram, 2022) ซึ่งจากการศึกษาของ Thaineua et al. (2020) ศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในสตรีไทยอายุ 30–70 ปี จำนวน 1,906,697 คน จาก 21 จังหวัด พบว่า ผู้ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีความเสี่ยงในการพบก้อนขนาดใหญ่และมะเร็งระยะลุกลาม ต่ำกว่ากลุ่มที่ตรวจไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม (Phumpit, 2024) มุลินธิธันยรักษ์ในพระราชูปถัมภ์ฯ แนะนำให้ผู้หญิงที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนๆ ละ 1 ครั้ง เพื่อให้ทราบถึงความผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งจะช่วยเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ (Thanayarak Foundation, 2017)

อย่างไรก็ตามพบว่า สตรีวัย 30–70 ปี มีเพียงร้อยละ 44.20 ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้อง และร้อยละ 37.50 ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองเลย เนื่องจากขาดความมั่นใจในเทคนิคการตรวจ (Chandarak, 2020) และพบปัญหานี้เช่นเดียวกันในกลุ่มนักศึกษาหญิง มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (Rueangseeree et al., 2023) มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพียงร้อยละ 31.50 และตรวจเต้านมไม่เป็น/ไม่ทราบวิธีตรวจสูงถึง ร้อยละ 59.17 (Jaihow et al., 2018) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ส่งผลให้บุคคลกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ (Bandura, 1977) เช่นเดียวกับพฤติกรรมการตรวจเต้านม เมื่อบุคคลมีความมั่นใจในตนเอง จะเป็นปัจจัยหลักที่ช่วยผลักดันในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและสม่ำเสมอ (Abaribe et al., 2024) ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม (social support) ทั้งด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร (House, 1981) ช่วยส่งเสริมความสำเร็จของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองสร้างความเชื่อมั่นจากภายใน ขณะที่การสนับสนุนทางสังคมเป็นเสริมแรงจากภายนอก ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ (Wangmun et al., 2021)

นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ในฐานะบุคลากรด่านแรกของชุมชน จึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมสุขภาพ คัดกรอง รณรงค์ ให้คำปรึกษา และส่งต่อให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที การจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ยังมีจำนวนจำกัด และส่วนใหญ่ยังคงใช้โมเดลเต้านมแบบพื้นฐาน ซึ่งมีข้อจำกัด ทั้งความแข็ง ขาดความยืดหยุ่น และไม่สามารถจำลองเนื้อเยื่อเต้านมที่มีพยาธิสภาพได้อย่างหลากหลายและสมจริง รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ใช้ ยังเป็นการสาธิตและฝึกปฏิบัติในกลุ่มขนาดใหญ่หรือรายบุคคล ซึ่งขาดการฝึกปฏิบัติอย่างเป็นระบบในแต่ละทักษะ รวมถึง ยังขาดกลไกการกระตุ้นเตือน และการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (Jamjang et al., 2020; Chaiwcharn et al., 2024) จึงส่งผลให้ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม (Chaiwcharn et al., 2024)

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสำหรับนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ผ่านการฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองเต้านมเสมือนจริง การฝึกซ้ำจนเกิดความชำนาญ การเสริมแรง และการติดตามกระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ ความเชื่อมั่น และทักษะการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่การถ่ายทอดสู่สตรีในชุมชน เพื่อการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระยะแรกและลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ ระหว่างกลุ่มทดลอง หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และกลุ่มควบคุม

### สมมติฐานการวิจัย

นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์กลุ่มทดลอง หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสำหรับนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ สร้างขึ้นตามทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นจากภายในผ่านการเรียนรู้จากตัวแบบ และการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) เพื่อเสริมแรงจากภายนอกและติดตามการปฏิบัติผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้มีความรู้โรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ดังภาพ

### โปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสำหรับนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์

**สัปดาห์ที่ 1** พัฒนาความรู้โรคมะเร็งเต้านม "มะเร็งเต้านม รู้เร็ว รักษาได้" ยกตัวอย่างผู้ป่วยจริง สาธิตพยาธิสภาพผ่านหุ่นจำลองเต้านมเสมือนจริง และจัดตั้งกลุ่มไลน์ทบทวนความรู้

**สัปดาห์ที่ 2** พัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 3 นิ้ว 3 สัมผัส

- เรียนรู้แบบหมุนเวียนฐาน (station-based learning): ฝึกปฏิบัติกลุ่มย่อย (สร้างความมั่นใจ และบรรยากาศเชิงบวก)
- สังเกตตัวแบบ (modeling) ที่ถูกต้องจากผู้สอนและเพื่อน
- รับข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุงทักษะจนถูกต้อง (สร้างประสบการณ์ที่สำเร็จ)
- บันทึกและส่งภาพสมุดบันทึกผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ให้กำลังใจ คำชมเชย (ใช้คำพูดชักจูง)

**สัปดาห์ที่ 3** จัดกลุ่มอภิปรายหัวข้อ "ตรวจเต้านม ฉันทำได้"

- แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจ ชมเชย วางแผนตรวจเต้านมรายเดือนและมีรางวัลจูงใจ

**สัปดาห์ที่ 4-7** การให้การสนับสนุนทางสังคมผ่าน LINE Chatbot

- มีช่องทางสื่อสาร LINE Chatbot (ด้านทรัพยากร)
- แจ้งเตือนและติดตามสมุดบันทึก (ด้านข้อมูล)
- ประเมินความก้าวหน้า ให้ข้อมูลย้อนกลับ แก้ไขปัญหา (ด้านการประเมินค่า)
- ให้กำลังใจ คำพูดชักจูง (ด้านอารมณ์)

**สัปดาห์ที่ 8** ประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นรายคู่

- ความรู้โรคมะเร็งเต้านม
- การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม
- ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

**ภาพ** กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความรู้โรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (quasi- experimental research, two-group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัย ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2568 รายละเอียด ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์เพศหญิง ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2568 มหาวิทยาลัยราชภัฏในเขตภาคกลาง จำนวน 1,482 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์เพศหญิง ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2568 มหาวิทยาลัยราชภัฏในเขตจังหวัดภาคกลาง จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power 3.1 (Faul et al., 2007) สำหรับสถิติการทดสอบทีแบบสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน กำหนดค่า

อำนาจทดสอบ (power of the test) .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และกำหนดขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยของ Wangmun et al. (2021) เท่ากับ .68 ที่ระดับ 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 56 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 (Chirawatkul, 2008) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 70 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์เพศหญิง จากมหาวิทยาลัยราชภัฏในเขตจังหวัดภาคกลาง จำนวน 8 แห่ง จับฉลากอย่างง่ายสุ่มเลือกมหาวิทยาลัยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 1 แห่ง และกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป 2) ไม่เคยได้รับการอบรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมาก่อน 3) ได้รับความยินยอมเข้าร่วมโครงการ 4) อ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ 5) มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน และ 6) ไม่มีประวัติการเป็นมะเร็งเต้านม หรือคลำพบก้อนที่เต้านม เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ลาออกหรือย้ายสถานศึกษา 2) เจ็บป่วยหรือขาดเรียนในช่วงเวลาจัดกิจกรรม และเกณฑ์การยกเลิกจากการวิจัย (discontinuation criteria) คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างชั้นปีละ 8-9 คน โดยวิธีการจับฉลาก

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน

##### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ได้แก่ อายุ การมีประจำเดือนครั้งแรก จำนวนรอบของประจำเดือน แหล่งข้อมูลที่ได้รับความรู้โรคมะเร็งเต้านม ประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมของคนในครอบครัว ประวัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองและบุคลากรทางการแพทย์ ความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 ความรู้โรคมะเร็งเต้านม เป็นแบบสอบถามความรู้เรื่องปัจจัย สาเหตุ อาการ ผิดปกติ วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากคู่มือสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองของศูนย์ถันยรักษ์ (Thanyarak Foundation, 2017) โดยมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของคะแนนเฉลี่ย เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Bloom, 1975)

|                                       |                      |
|---------------------------------------|----------------------|
| มากกว่า 15 คะแนน (ตั้งแต่ 80% ขึ้นไป) | หมายถึง ระดับดี      |
| ตั้งแต่ 12 - 15 คะแนน (60-79.99%)     | หมายถึง ระดับปานกลาง |
| น้อยกว่า 12 คะแนน (น้อยกว่า 60%)      | หมายถึง ระดับไม่ดี   |

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม เป็นแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมจากการดูด้วยตาและการคลำด้วยนิ้วมือ โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากคู่มือสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองของศูนย์ถันยรักษ์ (Thanyarak Foundation, 2017) โดยมีลักษณะข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ระหว่างมั่นใจมากกว่าทำได้ดี เท่ากับ 5 คะแนน จนถึงไม่มั่นใจเลย เท่ากับ 1 คะแนน คิดคะแนนรวม โดยมีคะแนนระหว่าง 10-50 คะแนน โดยจะมีเกณฑ์การจำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ดังนี้

|                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| ระหว่าง 36.68-50 คะแนน    | หมายถึง ระดับดี      |
| ระหว่าง 23.34-36.67 คะแนน | หมายถึง ระดับปานกลาง |
| ระหว่าง 10-23.33 คะแนน    | หมายถึง ระดับไม่ดี   |

ส่วนที่ 4 แบบวัดทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นแบบวัดทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากการดูด้วยตาและการคลำด้วยนิ้วมือ ได้แก่ 1) การยืนตัวตรงหน้ากระจก 2) การยกมือขึ้นเหนือศีรษะ 3) การวางมือที่เอว และก้มมาข้างหน้า 4) การคลำด้วยนิ้วมือ 3 นิ้ว ในระดับเบา ปานกลางและหนัก ตามแนวขึ้น-ลงของใต้ราวนมถึงกระดูกไหปลาร้าจนทั่วเต้านมโดยไม่ยกนิ้ว โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากคู่มือสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองของศูนย์ถันยรักษ์ (Thanyarak Foundation, 2017) จำนวน 10 ข้อ มี 2 ระดับ คือ ปฏิบัติถูกต้องได้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน มีคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของคะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Bloom, 1975)

|                                     |                      |
|-------------------------------------|----------------------|
| มากกว่า 7 คะแนน (ตั้งแต่ 80%ขึ้นไป) | หมายถึง ระดับดี      |
| ตั้งแต่ 6 - 7 คะแนน (60-79.99%)     | หมายถึง ระดับปานกลาง |
| น้อยกว่า 6 คะแนน (น้อยกว่า 60%)     | หมายถึง ระดับไม่ดี   |

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura (1977) และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (social support theory) ของ House (1981) ร่วมกับคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และหุ่นจำลองเต้านมเสมือนจริงผ่านการเรียนรู้แบบหมุนเวียนฐาน (station-based learning) โปรแกรมประกอบด้วย 5 กิจกรรม ระยะเวลา 8 สัปดาห์

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ด้านสาธารณสุข 2 คน และอาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผดุงครรภ์ 1 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .96 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มนักศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น แบบสอบถามความรู้โรคมะเร็งเต้านมและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 21 เท่ากับ .85 และ .88 และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .93

โปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สมุดบันทึกการตรวจเต้านม มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้ กับกลุ่มนักศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน พบว่า มีความเข้าใจเนื้อหาและภาษาที่ใช้ได้ถูกต้อง และหุ่นจำลองเต้านม (modular breast simulator) มีความนุ่มและยืดหยุ่นคล้ายผิวหนังจริง มีต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ เนื้อ และใต้ไหปลาร้า และมีพยาธิสภาพต่าง ๆ ที่ถอดได้ ซึ่งออกแบบภายใต้ความเชี่ยวชาญของบริษัทต่างประเทศ

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตการเก็บข้อมูลถึงอธิการบดีมหาวิทยาลัย เข้าพบอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.2 ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ ผ่านการอบรมหลักสูตรการสอนตรวจเต้านมของ มุลินธิธันยรักษ์ฯ เตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย และจัดสถานที่พร้อมอุปกรณ์ก่อนดำเนินการวิจัย

### 2. ขั้นทดลอง

2.1 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ทุกวันพุธบ่ายในคาบว่าง ณ ห้องฝึกทักษะทางคลินิก ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสำหรับนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์

| สัปดาห์        | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1              | - ดูวีซีดีและภาพพลิก เรื่อง มะเร็งเต้านม การตรวจคัดกรอง และการรักษา                                                                                                                                                                                                                 |
| อบรมปฏิบัติการ | - สาธิตความผิดปกติผ่านหุ่นจำลองเต้านมเสมือนจริงที่ปรับพยาธิสภาพได้                                                                                                                                                                                                                  |
| 60 นาที        | - ยกตัวอย่างผู้ป่วยจริงจากโรคมะเร็งเต้านม และจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อทบทวนความรู้                                                                                                                                                                                                      |
| 2              | - บรรยายและสาธิตการตรวจเต้านมตามหลัก 3 นิ้ว 3 สัมผัส จากหุ่นจำลองเต้านมมีความนุ่มและ                                                                                                                                                                                                |
| อบรมปฏิบัติการ | ยืดหยุ่นคล้ายผิวหนังจริงสามารถกดด้วยแรง 3 ระดับ และมีพยาธิสภาพหลากหลายรูปแบบที่                                                                                                                                                                                                     |
| 60 นาที        | สามารถปรับเปลี่ยนได้ จำลองขนาดก้อนจากเล็กไปใหญ่เพื่อฝึกทักษะ มอบคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง                                                                                                                                                                                        |
|                | - แบ่งกลุ่มเข้าฐานการเรียนรู้ (station-based learning) 2 ฐาน กลุ่มละ 17-18 คน ฐานละ 20 นาที เปรียบเทียบความผิดปกติแบบต่าง ๆ ฝึกทักษะการปฏิบัติซ้ำ ๆ จนมีองค์ความรู้ลึกในการกดได้ แกะไขทางตันที่หากผู้เรียนวางนิ้วผิด เปิดโอกาสให้ซักถามจนเกิดความมั่นใจ และชมเชยเมื่อปฏิบัติถูกต้อง |
|                | ฐาน 1 การดูด้วยสายตา: ฝึกทำตรวจ 3 ท่า สังเกตรูปร่างเต้านมและหัวนมที่ผิดปกติ                                                                                                                                                                                                         |
|                | ฐาน 2 การคลำเต้านมและต่อมน้ำเหลือง: ฝึกทักษะการใช้ 3 นิ้วสัมผัส กดแรง 3 ระดับ จากบริเวณใต้ราวนมจนถึงกระดูกไหปลาร้าแล้วคลำขึ้นลงตั้งแต่กึ่งกลางอกไปจนถึงใต้รักแร้จนทั่วเต้านม หรือพบสิ่งผิดปกติ เช่น ก้อนหรือถุงน้ำ                                                                  |
|                | - แลกเปลี่ยนความคิดเห็น วางแผนตรวจเต้านมรายเดือนร่วมกันและแนะนำการบันทึกและส่งภาพสมุดบันทึกผ่านแอปพลิเคชันไลน์                                                                                                                                                                      |
| 3              | - สมาชิกเล่าประสบการณ์ความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคในการตรวจเต้านม ร่วมกันเสนอแนว                                                                                                                                                                                                     |
| อบรมปฏิบัติการ | ทางแก้ไขปัญหาและผู้วิจัยชมเชยและให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติได้ กรณีพบความผิดปกติ ผู้วิจัยให้                                                                                                                                                                                            |
| 60 นาที        | คำแนะนำเบื้องต้นและส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง                                                                                                                                                                                                                                              |

ตาราง 1 (ต่อ)

| สัปดาห์                              | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4-7<br>ติดตามผ่านแอป<br>พลิเคชันไลน์ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจสอบภาพสมุดบันทึก ให้ข้อมูลย้อนกลับเฉพาะบุคคล และกระตุ้นผู้ที่ยังไม่ปฏิบัติ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ซึ่งนักศึกษาเข้าถึงข้อมูลอย่างสะดวก รวดเร็วและส่วนตัว</li> <li>- รับแจ้งปัญหาอุปสรรคการตรวจ ให้คำแนะนำด้านเทคนิคที่ถูกต้องทันที (chatbot) และให้กำลังใจผ่านคำพูดเชิงบวก</li> <li>- ทบทวนขั้นตอนการตรวจที่ถูกต้อง แลกเปลี่ยนความสำเร็จในกลุ่มไลน์ ชมเชยและตั้งเป้าหมายปฏิบัติรอบถัดไป</li> </ul> |
| 8<br>ประเมินทักษะ                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- แบ่งนักศึกษาเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 17-18 คน จับคู่สอบ (8-9 คู่) ใช้เวลาคู่ละ 5-6 นาที ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินทักษะจากหุ่นจำลอง ต้องทำถูกต้องทุกขั้นตอน ผู้ที่ไม่ผ่าน ผู้วิจัยจะชี้แนะซักถามและให้ปฏิบัติซ้ำจนทำได้ถูกต้อง</li> <li>- ตอบแบบสอบถามความรู้โรคมะเร็งเต้านม และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมหลังการทดลอง (posttest) โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที</li> </ul>                    |

2.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและประเมินทักษะการตรวจเต้านม โดยใช้เวลาประมาณ 90 นาที และได้รับการสอนตามมาตรฐานหลักสูตรในลักษณะการบรรยายทั่วไป ซึ่งมีเนื้อหาโรคมะเร็งเต้านมโดยไม่มีการฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองเต้านมและไม่มีระบบติดตาม เมื่อถึงสัปดาห์ที่ 8 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง และผู้วิจัยให้ความรู้โรคมะเร็งเต้านมและฝึกทักษะการตรวจเต้านม พร้อมมอบคู่มือและสมุดบันทึกให้กับกลุ่มควบคุม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนความรู้โรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) การทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) และทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลโดยใช้การทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่ 0020/2568 ลงวันที่ 30 พฤษภาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเรียน ข้อมูลการวิจัยถูกเก็บไว้เป็นความลับ เข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัย นำเสนอข้อมูลในภาพรวม และทำลายทิ้งเมื่อตีพิมพ์เผยแพร่ผลการวิจัยแล้วเสร็จภายใน 1 ปี

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 20.26 ปี ( $SD = .44$ ) ส่วนใหญ่มีประจำเดือนครั้งแรกอายุ 12-15 ปี ร้อยละ 80.00 และมีรอบประจำเดือน 28-30 วัน ร้อยละ 65.70 ได้รับความรู้โรคมะเร็งเต้านมจากสื่อออนไลน์ ร้อยละ 74.30 ส่วนใหญ่ไม่มีคนในครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 85.70 ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 60.00 มีความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 57.10 สำหรับกลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 20.49 ปี ( $SD = .61$ ) ส่วนใหญ่มีประจำเดือนครั้งแรกอายุ 12-15 ปี ร้อยละ 65.70 และมีรอบประจำเดือน 28-30 วัน ร้อยละ 60.00 ได้รับความรู้โรคมะเร็งเต้านมจากสื่อออนไลน์ ร้อยละ 85.70 ส่วนใหญ่ไม่มีคนในครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 82.90 ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 57.10 มีความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 60.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างของข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษา ผลการวิจัยพบว่า หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านม นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 13.25, 14.10, 33.16; p < .05$ ) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบความรู้โรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ( $n = 35$ )

| ตัวแปร                                     | ก่อนการทดลอง |      |         | หลังการทดลอง |      |       | Mean difference | t      | p-value |
|--------------------------------------------|--------------|------|---------|--------------|------|-------|-----------------|--------|---------|
|                                            | M            | SD   | ระดับ   | M            | SD   | ระดับ |                 |        |         |
| ความรู้โรคมะเร็งเต้านม                     | 10.60        | 2.24 | ไม่ดี   | 17.09        | 1.99 | ดี    | -6.49           | 13.25* | < .01   |
| การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม | 24.71        | 3.16 | ปานกลาง | 43.40        | 6.34 | ดี    | -18.69          | 14.10* | < .01   |
| ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง                | 3.80         | 1.11 | ไม่ดี   | 10.00        | .00  | ดี    | -6.20           | 33.16* | < .01   |

\*  $p < .05$

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 16.12, 14.88, 31.62, p < .05$ ) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ตัวแปร                                     | กลุ่มทดลอง (n = 35) |      |         | กลุ่มควบคุม (n = 35) |      |         | Mean       | t      | p-value |
|--------------------------------------------|---------------------|------|---------|----------------------|------|---------|------------|--------|---------|
|                                            | M                   | SD   | ระดับ   | M                    | SD   | ระดับ   | difference |        |         |
| ความรู้โรคมะเร็งเต้านม                     |                     |      |         |                      |      |         |            |        |         |
| ก่อนการทดลอง                               | 10.60               | 2.24 | ไม่ดี   | 9.74                 | 2.02 | ไม่ดี   | .86        | 1.68   | .09     |
| หลังการทดลอง                               | 17.09               | 1.99 | ดี      | 9.66                 | 1.86 | ไม่ดี   | 7.43       | 16.12* | < .01   |
| การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม |                     |      |         |                      |      |         |            |        |         |
| ก่อนการทดลอง                               | 24.71               | 3.16 | ปานกลาง | 25.97                | 3.32 | ปานกลาง | -1.26      | -1.62  | .11     |
| หลังการทดลอง                               | 43.40               | 6.34 | ดี      | 25.20                | 3.47 | ปานกลาง | 18.20      | 14.88* | < .01   |
| ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง                |                     |      |         |                      |      |         |            |        |         |
| ก่อนการทดลอง                               | 3.80                | 1.11 | ไม่ดี   | 3.71                 | 1.13 | ไม่ดี   | .09        | .32    | .75     |
| หลังการทดลอง                               | 10.00               | .00  | ดี      | 3.66                 | 1.19 | ไม่ดี   | 6.34       | 31.62* | < .01   |

\* $p < .05$

## การอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสำหรับนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ สามารถอภิปรายผล จำแนกตามรายตัวแปร ได้แก่ ความรู้โรคมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าการเรียนรู้ที่ใช้สื่อหลากหลาย ได้แก่ สื่อวีซีดีที่นำเสนอเรื่องราวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจริง ภาพพลิก และคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเองสำหรับอธิบายสาเหตุ อาการ การคัดกรอง และแนวทางการรักษา รวมถึงการใช้หุ่นจำลองเต้านมเพื่อสาธิตลักษณะความผิดปกติ สื่อเหล่านี้ช่วยดึงดูดความสนใจ เสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง และส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้จริง ร่วมกับการจัดตั้งกลุ่มสื่อสังคมออนไลน์เพื่อทบทวนและแลกเปลี่ยนความรู้นอกชั้นเรียน สอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาในยุคดิจิทัล ดังผลการศึกษาทั้งในกลุ่มนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ (Duangthong et al., 2024) นักศึกษาพยาบาล (Jamjang et al., 2020) และนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (Legi et al., 2024)

ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมที่

หลากหลายสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977) ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเรียนรู้จากตัวแบบ ผ่านการสาธิตโดยผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยให้นักศึกษาเห็นแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง ได้รับประสบการณ์ความสำเร็จจากการฝึกปฏิบัติซ้ำกับหุ่นจำลองเต้านมเสมือนจริงจนเกิดความชำนาญ มีการชักจูงทางวาจาจากการให้กำลังใจและคำชมเชยระหว่างกลุ่ม และการลดความวิตกกังวลจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในบรรยากาศที่เป็นกันเองและปลอดภัย ทั้ง 4 องค์ประกอบนี้ทำงานเสริมกันอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการตรวจเต้านมได้อย่างถูกต้อง และการติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ตลอดสัปดาห์ที่ 4-7 ทำให้นักศึกษาได้รับการเสริมแรงเชิงบวกและข้อมูลย้อนกลับอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นกลไกของการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ในด้านอารมณ์จากการให้กำลังใจ ด้านข้อมูลจากการแจ้งเตือนและส่งข้อความรู้ ด้านการประเมินค่าจากการติดตามสมุดบันทึก และด้านทรัพยากรจากการจัดให้มี LINE Chatbot เป็นช่องทางการสื่อสาร ส่งผลให้นักศึกษามีความเชื่อมั่นเพียงพอ เกิดแรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wangmun et al. (2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของนักศึกษาพยาบาล โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการตรวจเต้านมและติดตามพฤติกรรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ด้านทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ ร่วมกับการใช้สื่อหลากหลาย การสาธิตและฝึกทักษะโดยใช้หุ่นจำลองเต้านมเสมือนจริงที่ทันสมัย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสทางกาย ซึ่งรองรับแรงกดได้ 3 ระดับ จำลองพยาธิสภาพได้หลากหลายเพื่อบังคับให้มีอุปสรรคความไวในการกด ทั้งก้อน ถูน้ำ และความผิดปกติของผิวหนัง รวมทั้งสามารถสวมใส่กับร่างกายได้จริง เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติในสภาพแวดล้อมที่เหมือนสถานการณ์จริงมากที่สุด และแก้ไขท่าทางและแรงกดทันทีที่ผิด นอกจากนี้ การจัดการเรียนรู้แบบฐาน ช่วยให้นักศึกษาสามารถฝึกทักษะในแต่ละขั้นตอนได้อย่างชัดเจนและต่อเนื่อง โดยมีการฝึกปฏิบัติซ้ำจนเกิดความชำนาญและจดจำแรงกดของมือการเรียนรู้ในกลุ่มเล็กช่วยลดความเขินอายในการฝึกปฏิบัติ ส่งเสริมให้นักศึกษากล้าซักถามข้อสงสัยได้อย่างเปิดเผย และเอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เมื่อตรวจพบสิ่งผิดปกติได้ ประกอบกับการให้กำลังใจ คำชมเชย และการติดตามพัฒนาการอย่างต่อเนื่องผ่านสมุดบันทึก ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองและกระตุ้นให้นักศึกษาคงพฤติกรรมปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) (Duangthong et al., 2024; Chaiwcham et al., 2024) และในสตรีกลุ่มเสี่ยง (Ngamnimit et al., 2021)

## ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ สุ่มเลือกมหาวิทยาลัยราชภัฏซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกัน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้เวลาในการติดตามผลเพียง 8 สัปดาห์ จึงยังไม่สามารถสะท้อนถึงความคงทนของความรู้และทักษะในระยะยาวได้

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสุขภาพและอาจารย์ของมหาวิทยาลัยสามารถนำโปรแกรมนี้ไปบูรณาการในรายวิชาการตรวจประเมินและบำบัดโรคเบื้องต้น โดยเน้นการใช้หุ่นจำลองเต้านมเสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้แบบหมุนเวียนฐาน (station-based learning) และควรจัดหาหุ่นจำลองเสมือนจริงเพิ่มเติมในระยะยาว เนื่องจากส่งผลต่อทักษะการสัมผัสและความมั่นใจในการตรวจเต้านมได้ดีกว่า

2. สถาบันการศึกษา ควรมีนโยบายส่งเสริมทักษะการตรวจเต้านม โดยจัดตั้งชมรมและส่งเสริมแกนนำนักศึกษาที่มีทักษะดี เพื่อถ่ายทอดความรู้สู่เพื่อนและชุมชน สร้างเครือข่ายเฝ้าระวังมะเร็งเต้านมที่ยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามการคงอยู่ของความรู้และทักษะในระยะ 3, 6 เดือน และ 1 ปี และขยายผลไปยังกลุ่มนักศึกษาสาขาต่าง ๆ

## เอกสารอ้างอิง

- Abaribe, C. E., Okafor, N. A., Opatunji, F. O., Maitanmi, J. O., Leslie, T. A., Asonye, C. C., & Eze-Adiele, C. U. (2024). Self-efficacy of breast self-examination among female adolescents. *International Journal of Public Health and Pharmacology*, 4(2), 36-45. <https://doi.org/10.52589/IJPHPC3F15CL3>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall.
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. Prentice-Hall.
- Bhan, A. D., & Jayaram, J. (2022). Screening, self-examination and awareness in breast cancer. In S. C. Sharma, A. Mazumdar, & R. Kaushik (Eds.), *Breast cancer* (pp. 587–600). Springer.
- Bloom, S. J. (1975). *Taxonomy of education objective, handbook 1: Cognitive domain*. David McKay.
- Chaiwcham, T., Prasansri, A., & Hachawi, C. (2024). The effects of breast self-examination program on self-examination skills and self-examination behavior in female students Bansomdejchaopraya Rajabhat University. *Vajira Nursing Journal*, 26(2), 14-27. (in Thai)
- Chandarak, R. (2020). Breast self-examination behavior and skills among women aged 30–70 years in Mukdahan Province. *Thai Cancer Journal*, 40(1), 1-15. (in Thai)

- Chirawatkul, A. (2008). *Statistics for health science research*. Khangnanawitaya. (in Thai)
- Duangthong, J., Junrith, K., Joomphol, S., Luekaew, S., & Wannamong, A. (2024). The effectiveness of breast self-examination acquisition program on knowledge, attitude and breast self-examination behaviors among public health students, Uttaradit Rajabhat University. *Academic Journal Uttaradit Rajabhat University*, 19(2), 125-135. (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- House J. (1981). *Work stress and social support*. Addison Wesley.
- Jaihow, S., Klayvised, J., Sangprajong, K., & Petsirasan, R. (2018). Health belief and breast self-examination behavior among female students at a university in Nakhon Si Thammarat. *Journal of The Police Nurses*, 10(1), 154-163. (in Thai)
- Jamjang, S., Atthamaethakul, W., & Prayoontap, S. (2020). The effects of breast self-examination acquisition program on knowledge, attitude and breast self-examination skills among nursing students. *Journal of Nursing and Education*, 13(4), 77-91. (in Thai)
- Legi, J., Molintao, W., Kairupan, M., & Moku, S. (2024). Effectiveness of health education breast self-examination (BSE) on knowledge of breast cancer prevention. *Science Midwifery*, 12(1), 499-505. <https://doi.org/10.35335/midwifery.v12i1.1470>
- National Cancer Institute. (2025). *Hospital-based cancer registry 2023*. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Ngamnimit, S., Danyuthasilpe, C., & Na-udom, A. (2021). Effect of a breast self-examination promotion program on breast self-examination skills and breast self-care behavior among risk groups in Lomsak District, Phetchabun Province. *Nursing Journal CMU*, 49(1), 148-159. (in Thai)
- Phumpit, N. (2024). Factors influencing breast self-examination behavior among reproductive age women at Bang Mun Nak District, Phichit Province. *Phichit Public Health Research and Academic Journal*, 5(1), 27-40. (in Thai)
- Rueangseree, M., Supisa, I., Khamsiang, T., Junpirom, C., Bunlang, N., Chuchai, S., Srisuk, S., Cheunta, J., Namta, N., & Vichean, S. (2023). The relationship between awareness of breast cancer and breast self-examination behavior of nursing students Ubon Ratchathani Rajabhat University. *Journal of Rajabhat Nursing and Health Sciences*, 3(1), 40-51. (in Thai)

- Strategy and Planning Division, Ministry of public health. (2025). *Reporting System Health Data Center (HDC)*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/825c7fbfdbde936cf821a9b16dc4189b> (in Thai)
- Thaineua, V., Ansusinha, T., Auamkul, N., Taneepanichskul, S., Uraioekkun, C., Jongvanich, J., Kannawat, C., Traisathit, P., & Chitapanarux, I. (2020). Impact of regular breast self-examination on breast cancer size, stage, and mortality in Thailand. *The Breast Journal*, 26(4), 822–824. <https://doi.org/10.1111/tbj.13611>
- Thanyarak Foundation. (2017). *Breast self-examination instructor guide* (2<sup>nd</sup> ed.). Thanyarak Breast Center. (in Thai)
- Wangmun, W., Pinchaleaw, D., & Keskomon, T. (2021). The effectiveness of self-efficacy enhancing program with line application on breast self-examination of nurses student Boromrajonnani Nursing College, Surin. *Journal of Boromarajonani College of Nursing Surin*, 11(1), 1-14. (in Thai)
- World Health Organization. (2022). *Breast cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

## บทความวิจัย (Research article)

### การพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม Development of Clinical Practice Guidelines to Delay Chronic Kidney Disease Progression among Type 2 Diabetes Patients

สิทธิตา โตอ่อน<sup>1</sup>, อารยา เชียงทอง<sup>2</sup>, ศิริเนตร สุขดี<sup>3\*</sup>Sittitana To-On<sup>1</sup>, Araya Chiangkhong<sup>2</sup>, Sirinate Sukdee<sup>3\*</sup>

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

(Received: January 8, 2026; Revised: June 18, 2026; Accepted: June 27, 2026)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วยบุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา 2) พัฒนาแนวทางตามแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย และทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม พฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีค่าความเชื่อมั่น .87 และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และ 3) สะท้อนผลและสังเคราะห์บทเรียนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผลการวิจัยพบว่า

1. การดูแลผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดด้านความเข้าใจเรื่องอาหาร การบริโภคเค็ม การติดตามค่าการทำงานของไต การสื่อสารสุขภาพ และบทบาทของครอบครัวกับ อสม. ในขณะที่ชุมชนมีทุนทางวัฒนธรรม ได้แก่ วัฒนธรรมแม่บ้าน และผู้นำศาสนา

2. แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การสนับสนุนการจัดการตนเอง การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ การติดตามโดยครอบครัวและ อสม. การใช้ข้อมูลทางคลินิก และการเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชน

3. หลังดำเนินโครงการ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นในด้านการบริโภคอาหาร ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการออกกำลังกาย ( $t = 9.29, 6.05, 8.44; p < .001$ ) ค่าน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ( $t = 17.51, p < .001$ ) ค่าการทำงานของไตเพิ่มขึ้น ( $t = 10.90, p < .001$ ) และความดันโลหิตตัวบนลดลงตามช่วงเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [ $F_{(2.06, 80.15)} = 620.63, p < .001, \text{partial } \eta^2 = .94$ ]

<sup>1</sup> นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี

Physician (Senior Professional Level), Khai Bang Rachan Hospital, Singburi Province

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Assistant Professor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

<sup>3</sup> อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ

Lecturer, Faculty of Science and Technology, Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi

หน่วยบริการปฐมภูมิควรประยุกต์ใช้แนวทางนี้ร่วมกับระบบสื่อสารและติดตามข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวและ อสม. รวมทั้ง มีการวิจัยติดตามผลลัพธ์อย่างน้อย 12 เดือน

**คำสำคัญ:** เบาหวานชนิดที่ 2, โรคไตเรื้อรัง, แบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย, การจัดการตนเอง, การดูแลระดับปฐมภูมิ

## Abstract

This participatory action research was conducted in three phases: 1) exploring the care situation from the perspectives of stakeholders, including health personnel, village health volunteers, patients, and family members, with data analyzed using content analysis; 2) developing a service guideline based on the Expanded Chronic Care Model and implementing it with 40 patients. Data were collected using a self-management behavior questionnaire with a reliability coefficient of .87 and clinical outcome records, and were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and repeated-measures analysis of variance; and 3) reflecting on the implementation and synthesizing lessons learned with stakeholders. The findings showed that;

1. Patient care was constrained by limited dietary understanding, high-salt consumption, monitoring of kidney function, health communication, and the roles of families and village health volunteers. However, the community possessed cultural capital, including temples, women's groups, and religious leaders.

2. The developed guideline comprised self-management support, multidisciplinary care, follow-up by families and village health volunteers, use of clinical data, and linkage with community resources.

3. After the intervention, participants demonstrated significant improvements in self-management behaviors, including dietary behaviors, medication adherence, and physical activity ( $t = 9.29, 6.05, 8.44; p < .001$ ). Glycated hemoglobin (HbA1C) levels significantly decreased ( $t = 17.51, p < .001$ ), while kidney function significantly improved ( $t = 10.90, p < .001$ ). In addition, systolic blood pressure showed a significant reduction over time [ $F(2.06, 80.15) = 620.63, p < .001, \eta^2 = .94$ ].

Primary care units should integrate this approach with a communication and monitoring system that actively engages family members and village health volunteers. In addition, future studies should evaluate the long-term effectiveness of the intervention with a follow-up period of at least 12 months.

**Keywords:** Type 2 diabetes mellitus, Chronic kidney disease, Expanded Chronic Care Model, Self-management, Primary care

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตจากเบาหวาน (diabetic kidney disease: DKD) เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญของโรคเบาหวานและเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทั่วโลก โดยประมาณร้อยละ 30–40 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสพัฒนาไปสู่โรคไตจากเบาหวานในช่วงหนึ่งของการดำเนินโรค (Alicic et al., 2017; Kidney Disease: Improving Global Outcomes [KDIGO] Diabetes Work Group, 2022) ภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเพิ่มความต้องการบริการบำบัดทดแทนไตในระยะยาว แม้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังในปัจจุบันมีความก้าวหน้า โดยให้ความสำคัญกับการประเมินโรคไตตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต การใช้ยาอย่างเหมาะสม การติดตามอัตราการกรองของไต และการลดความเสี่ยงทางไตและหัวใจและหลอดเลือด แต่ผลลัพธ์ของการดูแลยังแตกต่างกันตามบริบทของระบบบริการ โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ระบบข้อมูล และความต่อเนื่องของการติดตาม (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2025; KDIGO CKD Work Group, 2024) แนวคิดการจัดการตนเองของผู้ป่วยจึงถูกนำมาใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต และการจัดการโรคเรื้อรังทั้งในคลินิกและชุมชน (Hisni et al., 2023) อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจไม่คงอยู่ในระยะยาว หากขาดการสนับสนุนเชิงระบบ การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

แนวคิดการจัดการตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model: CCM) และแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย (expanded chronic care model: ECCM) ซึ่งเน้นการบูรณาการการดูแลระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพ และทรัพยากรในชุมชน (Wagner et al., 2001; Barr et al., 2003) งานวิจัยที่นำแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ใช้พบว่าสามารถปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานและโรคไตเรื้อรังได้ โดยเฉพาะเมื่อมีการสนับสนุนการจัดการตนเองควบคู่กับระบบบริการที่ต่อเนื่อง (Goh et al., 2022; Hisni et al., 2023) อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา แม้จะดำเนินการทั้งในสถานบริการสุขภาพหรือในบริบทบ้านและชุมชน แต่ส่วนใหญ่ยังเน้นการให้ความรู้ การสนับสนุนการจัดการตนเอง หรือการติดตามผู้ป่วยในลักษณะกิจกรรมเฉพาะส่วน มากกว่าการออกแบบระบบบริการที่เชื่อมโยงคลินิกปฐมภูมิ ข้อมูลทางคลินิก ครอบครัว อสม. และทรัพยากรชุมชนเข้าด้วยกัน (Rattanasri, 2022; Sarajaras, 2018; Tassana-iam et al., 2023)

ในประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 6.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากร และประมาณร้อยละ 40 มีความเสี่ยงต่อการเกิด DKD (Department of Disease Control, 2025a, 2025b) ข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 4 ช่วงปีงบประมาณ 2566–2568 พบว่า อัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังราย

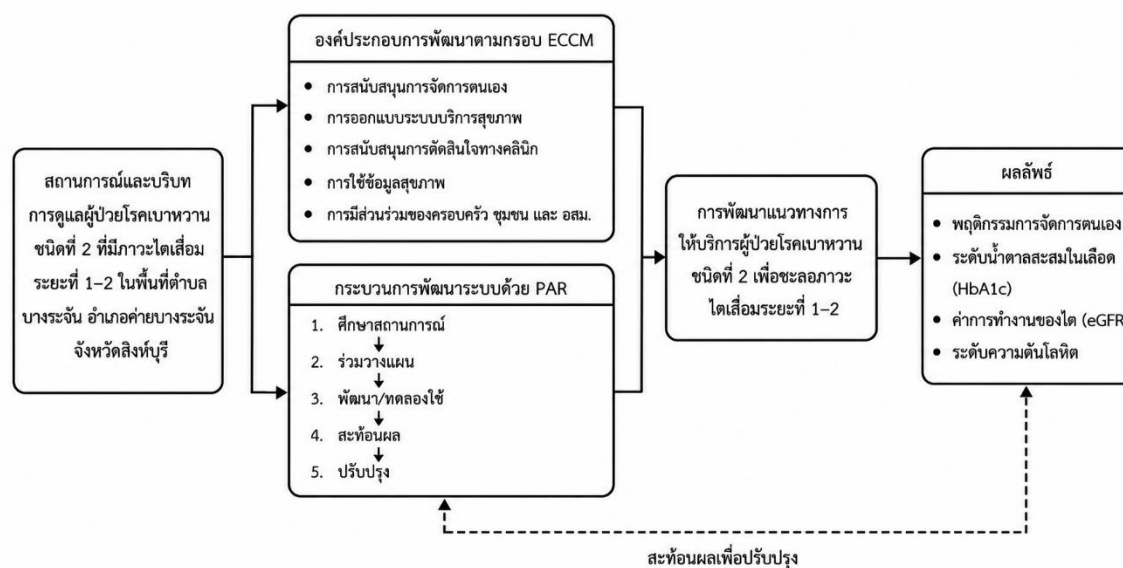
ใหม่ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 1.99 เป็น 1.68 แต่ยังคงมีผู้ป่วยรายใหม่อย่างต่อเนื่อง ขณะที่จังหวัดสิงห์บุรีมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 1.39 เป็น 1.10 (Singburi Provincial Public Health Office, 2024) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่พบว่า อำเภอค่ายบางระจัน ยังมีอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังรายใหม่ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงสูงกว่าค่าเฉลี่ยจังหวัดในบางปี โดยเฉพาะในปี 2567 ที่มีค่าร้อยละ 1.52 (Khai Bang Rachan Hospital, 2024) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับปฐมภูมิ และชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การศึกษานี้จึงมุ่งพัฒนาและประเมินแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1–2 โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Kemmis & McTaggart, 2005) เพื่อสร้างแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล และชะลอความเสื่อมของไต ตลอดจนลดภาวะแทรกซ้อนและภาระต่อระบบสุขภาพในระยะยาว

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1–2 ในพื้นที่ตำบลบางระจัน อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี
2. เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ตำบลบางระจัน อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี
3. เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานและสังเคราะห์บทเรียนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแนวทางการดูแลให้เหมาะสมและยั่งยืน

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยายของ Barr et al. (2003) เป็นกรอบแนวคิดหลัก ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1–2 ให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ บริบทของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และทุนทางสังคมของชุมชน ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย การออกแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก การใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อติดตามและปรับแผนการดูแล และการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และชุมชน ผ่านขั้นตอนการศึกษาดังกล่าว ร่วมออกแบบ ทดลองใช้ สะท้อนผล และปรับปรุงแนวทางการให้บริการร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ แนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ตำบลบางระจัน อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี นี้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ค่าการทำงานของไต (eGFR) และระดับความดันโลหิตดีขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ



**ภาพ** กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง การพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม

## วิธีการดำเนินการวิจัย

วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม 2566 - มีนาคม 2568 การดำเนินงานเป็น 3 ระยะ รายละเอียด ดังนี้

**ระยะที่ 1** ศึกษาสถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-2

1.1 รวบรวมข้อมูลจากเอกสารและแหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและภาวะไตเสื่อมในพื้นที่ศึกษา โดยใช้แบบทบทวนเอกสารและแบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่ (HDC/แฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม) คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รายงานสถานการณ์ระดับจังหวัด และแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อทำความเข้าใจบริบทการดูแล ปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของชุมชนอย่างรอบด้าน ดังนี้

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-2 จำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) บุคลากรทางสุขภาพ จำนวน 8 คน ได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน และ อสม. จำนวน 4 คน ซึ่งมีประสบการณ์ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคไตเรื้อรังในพื้นที่วิจัย ไม่น้อยกว่า 3 ปี และยินดีให้ข้อมูลการวิจัยโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-2 อยู่ในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน

2 คน และจับคู่กับสมาชิกในครอบครัว จำนวน 2 คน เป็นบุคคลในครอบครัวที่มีบทบาทในการดูแลหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านสุขภาพของผู้ป่วย อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยหรือให้การสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ใช้เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และทุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม โดยพัฒนาแนวคำถามให้สอดคล้องกับองค์ประกอบของแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย ได้แก่ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การออกแบบระบบบริการ การสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก และการใช้ทรัพยากรชุมชน ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ปัจจุบันผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมในพื้นที่ที่มีปัญหาหรืออุปสรรคสำคัญในการดูแลตนเองเรื่องใดบ้าง” และ “ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการติดตามค่าการทำงานของไตอย่างไร”

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ใช้เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ระดมความคิดเห็น และร่วมออกแบบแนวทางการให้บริการกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยมุ่งให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนดบทบาทของแต่ละฝ่าย และเสนอแนวทางการดำเนินงานที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “จากปัญหาที่พบ ปัญหาใดควรได้รับการแก้ไขเป็นลำดับแรก เพราะเหตุใด” “ทีมสุขภาพ ครอบครัว อสม. และชุมชนควรมีบทบาทอย่างไรในแนวทางการให้บริการที่พัฒนาขึ้น” และ “ชุมชนมีทุนทางสังคมหรือพื้นที่ใด เช่น วัด ตลาด กลุ่มแม่บ้าน หรือกิจกรรมชุมชน ที่สามารถนำมาใช้สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยได้”

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระบบบริการปฐมภูมิ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยและการวิจัยเชิงคุณภาพ มีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงถ้อยคำ ความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมของประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ดำเนินการเก็บข้อมูลเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 12 คน ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ อสม. ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และทุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1–2 แนวคำถามสอดคล้องกับองค์ประกอบของแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย ได้แก่ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การออกแบบระบบบริการ

การสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก และการใช้ทรัพยากรชุมชน การสัมภาษณ์ดำเนินการในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ใช้เวลาประมาณ 45–60 นาทีต่อราย มีการจัดบันทึกภาคสนามและบันทึกเสียงเมื่อได้รับอนุญาต

2. ภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยนำประเด็นปัญหาและความต้องการที่พบมาจัดทำเป็นสาระสรุปเพื่อนำเข้าสู่การสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลักกลุ่มเดิมทั้ง 12 คน การสนทนากลุ่มมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องของประเด็นปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และคัดเลือกประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไขเป็นลำดับแรก เพื่อนำไปใช้เป็นฐานในการร่วมออกแบบแนวทางการให้บริการที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ โดยพิจารณาจากความรุนแรงของปัญหา ความถี่ที่พบ ผลกระทบต่อผู้ป่วย ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ และทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน การสนทนากลุ่มดำเนินการในสถานที่ที่เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นใช้เวลาประมาณ 60–90 นาที มีการจัดบันทึกภาคสนามและบันทึกเสียงเมื่อได้รับอนุญาต ภายหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยถอดเทปคำสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มแบบคำต่อคำ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกับบันทึกภาคสนาม กำหนดรหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล และจัดเตรียมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์เนื้อหา

### การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามแนวคิดของ Graneheim and Lundman (2004) ใช้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อรักษาความลับ โดย P01–P02 หมายถึงผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1–2 รหัส P03–P04 หมายถึงสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย และ S01–S08 หมายถึง บุคลากรสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และ อสม.

ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการคืนข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล การทบทวนและอภิปรายการตีความร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้ร่วมวิจัย การจัดทำร่องรอยการตรวจสอบ เพื่อแสดงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการตีความอย่างเป็นระบบ

## ระยะที่ 2 การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม

2.1 นำประเด็นสรุปจากการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวคิดแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการร่วมออกแบบกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยมีเป้าหมายเพื่อกำหนดองค์ประกอบ กิจกรรม บทบาทของผู้เกี่ยวข้อง และกลไกการติดตามผลของแนวทางการให้บริการเพื่อจัดทำร่างแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความชัดเจนของการนำไปใช้ และนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

2.2 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของแนวทางการให้บริการ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลังการทดลอง และการติดตามผล ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม - สิงหาคม 2567 รายละเอียด ดังนี้

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1–2 และรับบริการต่อเนื่องในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในพื้นที่ตำบลบางระจัน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 2) มีค่าการทำงานของไต (eGFR) ภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือนก่อนเข้าร่วมโครงการ อยู่ในช่วง 60–89 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> 3) รับบริการต่อเนื่องในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ศึกษาอย่างน้อย 6 เดือน 4) อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาอย่างน้อย 6 เดือน และ 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และกำหนดเกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ย้ายไปรับบริการนอกพื้นที่ หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและติดตามผลตามช่วงเวลาที่กำหนดได้

กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*Power 3.1 (Faul et al., 2009) สำหรับการทดสอบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ .80 และขนาดอิทธิพล ระดับปานกลาง .50 (Cohen, 1988) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 34 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มเป็น 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์คัดเข้าแบบเจาะจง

## เครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1–2 ซึ่งพัฒนาขึ้นในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวคิดแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย แนวทางประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย 2) การจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) การสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกโดยใช้ข้อมูล HbA1C, eGFR และความดันโลหิต และ 4) การเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชนผ่านครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และกิจกรรมชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม ดัชนีมวลกาย ประวัติการรักษา และการรับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 30 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้าน ๆ ละ 10 ข้อ ได้แก่ การบริโภคอาหาร ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการออกกำลังกาย เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ ถึง 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30–150 คะแนน และคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 10–50 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยคะแนนสูงหมายถึงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดี

ส่วนที่ 3. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ค่าการทำงานของไต (eGFR) ซึ่งได้มาจากการเจาะเลือดและส่งตรวจจากห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลค่ายบางระจัน ผ่านการรับรองมาตรฐานการตรวจวิเคราะห์ทางการแพทย์ และค่าความดันโลหิตซึ่งได้จากการวัดโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติที่ผ่านการรับรองมาตรฐานสากล (เช่น AAMI/ESH) และได้รับการสอบเทียบตามข้อกำหนด โดยทำการวัดในในท่านั่ง หลังจากพักอย่างน้อย 15 นาที ทำการวัด 2 ครั้ง และใช้ค่าเฉลี่ยของการวัดจากทั้ง 2 ครั้ง

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกับระยะที่ 1 จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อความคำถามกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา ผลการตรวจสอบพบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ 1.00 ทุกข้อ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ตำบลท่าข้าม อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการถอนตัว และการรักษาความลับของข้อมูล พร้อมขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (pretest)
2. ดำเนินการตามแนวทางการให้บริการเป็นระยะเวลา 8 เดือน ครอบคลุมกิจกรรมในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ บ้านผู้ป่วย และพื้นที่ชุมชน แบ่งเป็น 4 ช่วง ได้แก่ เดือนที่ 1 ประเมินข้อมูลพื้นฐาน ให้คำปรึกษา และกำหนดเป้าหมายสุขภาพรายบุคคล เดือนที่ 2-5 ดำเนินกิจกรรมสุขภาพในชุมชน โดยใช้วัด ตลาด และพื้นที่สาธารณะเป็นฐาน เช่น กิจกรรม “ฮีโร่สุขภาพบางระจัน” มุมสุขภาพชุมชน เมนูพื้นบ้านลดหวาน-เค็ม การให้คำปรึกษาเรื่อง eGFR และระดับน้ำตาลในเลือด กิจกรรมธรรมเทศนา สวดมนต์-สมาธิ และสื่อดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง เดือนที่ 6 ประเมินความก้าวหน้าและทบทวนแผนการดูแล และเดือนที่ 7-8 ติดตามความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกผ่านคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข และการประสานงานของทีมสุขภาพ
3. ติดตามผลลัพธ์โดยวัดค่าความดันโลหิตตัวบนในเดือนที่ 0, 3, 6 และ 8 ส่วนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ระดับ HbA1C และค่า eGFR ดำเนินการและเมื่อสิ้นสุดโครงการในเดือนที่ 8 (posttest)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คำนวณจากแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและตัวชี้วัดทางคลินิก โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ ทดสอบการกระจายเป็นปกติของข้อมูล (normality) โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test มีค่า p-value > .05
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด และการทำงานของไต ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

3 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตตัวบนตามช่วงเวลา โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) เปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ระยะที่ 3 สะท้อนผลการดำเนินงานและสังเคราะห์บทเรียนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** โดยการจัดเวทีสนทนากลุ่มเพื่อสะท้อนผลร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มเดิมจากระยะที่ 1 โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับการสะท้อนผลการดำเนินงาน ครอบคลุมประเด็นประสบการณ์การเข้าร่วมโครงการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรค ความเหมาะสมของแนวทางการให้บริการ และข้อเสนอแนะเพื่อความยั่งยืน ตัวอย่างคำถาม ได้แก่ “ภายหลังการดำเนินโครงการ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างไร” และ “แนวทางการให้บริการมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่หรือไม่” แนวคำถามผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความชัดเจนของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ก่อนปรับปรุงและนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง มีการจัดบันทึกภาคสนามและบันทึกเสียง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีเนื้อหาภายใต้กรอบ ECCM

### การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

งานวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เลขที่รับรอง SEC11/2566 ลงวันที่ 7 มีนาคม 2566 และ SEC 28/2567 ลงวันที่ 7 มีนาคม 2567

### ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-2 ในพื้นที่ตำบลบางระจัน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี มี 4 ประเด็น ดังนี้

1.1 ความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับอาหารและโรคไต ผู้ป่วยบางรายยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอาหารที่มีผลต่อระดับน้ำตาลและการทำงานของไต โดยเฉพาะอาหารหวานหรืออาหารที่ถูกมองว่าเป็น “ธรรมชาติ” เช่น ผลไม้เชื่อมและน้ำแข็งไส จึงยังขาดการเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมการบริโภคกับความเสี่ยงต่อไตเสื่อม ดังข้อมูล “ฉันกินกล้วยเชื่อมกับน้ำแข็งไสทุกเช้า เพราะคิดว่าผลไม้กับน้ำแข็งมันไม่อันตราย” (P01) นอกจากนี้ พฤติกรรมการบริโภคเค็มยังเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตในชุมชน เช่น การบริโภคปลาร้า อาหารหมัก และอาหารแห้ง ดังข้อมูล “กินเค็มมาแต่เด็ก ชินแล้ว ไม่รู้ว่าเกี่ยวกับไต” (P02) และ “ไม่มีใครเคยบอกว่าปลาร้าก็ทำให้ไตเสื่อม” (P03)

1.2 ระบบบริการสุขภาพยังไม่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง ระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ยังมีข้อจำกัดด้านการติดตามค่าการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะค่า eGFR ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญการทำงานของไต ดังข้อมูล “หมอเปลี่ยนคนบ่อย ไม่รู้ว่าเคยตรวจไตหรือยัง” (S01) นอกจากนี้ บางหน่วยบริการยังมีข้อจำกัดด้านความพร้อมของระบบตรวจและติดตามผล ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ดังข้อมูล “ไปตรวจที่รพ.สต. ไม่มีเครื่องวัดไต ต้องรอไปโรงพยาบาล” (S02) อีกทั้ง

ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังไม่เข้าใจความหมายของค่าผลตรวจ เนื่องจากการสื่อสารข้อมูลสุขภาพยังไม่ง่ายพอ ดังข้อมูล “ไม่รู้เลยว่า eGFR คืออะไร หมอบอกแค่ค่าเลือดดีขึ้น” (S03)

1.3 ครอบครัวและชุมชนยังมีบทบาทจำกัดในการดูแล ผู้ป่วยบางรายขาดผู้ดูแลใกล้ชิด หรืออาศัยอยู่ตามลำพัง ดังข้อมูล “อยู่คนเดียว ลูกไปทำงานหมด ไม่มีใครดูแล” (P04) ขณะที่ครอบครัว บางครัวเรือนยังขาดทักษะในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การให้กำลังใจ การติดตามการใช้ยา และการสื่อสารกับผู้ป่วย ดังข้อมูล “แม่ก็ไม่ค่อยฟัง พอบอกเรื่องยา ก็บอกว่าชีวิตอยู่มาเท่านี้แล้ว” (P04) นอกจากนี้ อสม. แม้เป็นบุคคลใกล้ชิดในชุมชน แต่บางรายยังขาดความมั่นใจในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับ โรคไต ดังข้อมูล “อสม. ไม่กล้าพูดเรื่องไต เพราะกลัวผิด” (S04)

1.4 ชุมชนมีทุนทางวัฒนธรรมที่สามารถต่อยอดการดูแลสุขภาพ แม้การดูแลผู้ป่วยยังมี ข้อจำกัดหลายด้าน แต่ชุมชนมีทุนทางวัฒนธรรมที่สามารถนำมาใช้สนับสนุนการดูแลสุขภาพได้ ได้แก่ วัด กลุ่มแม่บ้าน และผู้นำศาสนา วัดเป็นพื้นที่รวมตัวของประชาชน โดยเฉพาะวันพระ และสามารถใช้เป็น พื้นที่จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ดังข้อมูล “วัดใกล้บ้านเรามีการมารวมตัวกันทุกวันพระ ถ้าจัดกิจกรรม สุขภาพวันนั้นก็ดี” (P01) กลุ่มแม่บ้านมีศักยภาพในการขับเคลื่อนกิจกรรมอาหารสุขภาพ เช่น เมนูลดเค็ม ดังข้อมูล “แม่บ้านชอบรวมกลุ่มทำของกินขาย เราน่าจะจัดแข่งทำเมนูไตดีนะ” (P02) ส่วนผู้นำศาสนา โดยเฉพาะพระภิกษุ เป็นบุคคลที่ประชาชนให้ความเชื่อถือและสามารถสื่อสารสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดัง ข้อมูล “ถ้าพระพูดเรื่องสุขภาพตอนเทศน์ คนจะฟังมากกว่าหม้ออีก” (S05)

2. ประสิทธิภาพของแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 1-2 พื้นที่ตำบลบางระจัน อำเภอดำรงวิทยารจัน จังหวัดสิงห์บุรี

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 40 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 มีอายุเฉลี่ย 56.80 ปี ( $SD = 8.90$ ) ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.60 ปี ( $SD = 4.20$ ) และ ดัชนีมวลกายเฉลี่ย  $26.10 \text{ kg/m}^2$  ( $SD = 3.40$ ) ส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65.00

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด และ ค่าการทำงานของไต ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนพฤติกรรม การจัดการตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ความสม่ำเสมอในการ รับประทานยา และการออกกำลังกาย ( $t = 9.29, 6.05, 8.44; p < .001$ ) มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง และค่าการทำงานของไตเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 17.51, 10.90; p < .001$ ) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด และการทำงานของไต ก่อนและหลังการทดลอง (*n* = 40)

| ตัวแปร                       | ก่อนการทดลอง |      | หลังการทดลอง |      | Mean difference | t        | p-value |
|------------------------------|--------------|------|--------------|------|-----------------|----------|---------|
|                              | M            | SD   | M            | SD   |                 |          |         |
| พฤติกรรมจัดการตนเอง          |              |      |              |      |                 |          |         |
| การบริโภคอาหาร               | 20.70        | 7.29 | 36.55        | 8.16 | -15.85          | 9.29***  | <.001   |
| ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา | 31.77        | 8.62 | 41.23        | 5.67 | -9.46           | 6.05***  | <.001   |
| การออกกำลังกาย               | 28.75        | 9.28 | 43.30        | 5.59 | -14.55          | 8.44***  | <.001   |
| ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด         | 7.45         | 1.01 | 6.85         | 1.07 | .60             | 17.51*** | <.001   |
| ค่าการทำงานของไต             | 75.98        | 9.53 | 77.49        | 9.43 | -1.51           | 10.90*** | <.001   |

\*\*\*  $p < .001$

2.3 การเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตตัวบนตามช่วงเวลา ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่า Mauchly's Test มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 37.22, p < .001$ ) แสดงว่าข้อมูลไม่เป็นไปตามสมมติฐานความเป็นทรงกลม จึงปรับค่าด้วยวิธี Greenhouse-Geisser พบว่า ค่าความดันโลหิตตัวบนแตกต่างกันตามช่วงเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [ $F_{(2.06, 80.15)} = 620.63, p < .001, \text{Partial } \eta^2 = .94$ ] เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า ค่าความดันโลหิตตัวบนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกช่วงเวลา ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการเปรียบเทียบรายคู่ของค่าความดันโลหิตตัวบน จำแนกตามช่วงเวลา

| ช่วงเวลา (Time: T)          | <i>M</i> | <i>SD</i> | การเปรียบเทียบ | <i>Mean difference</i> | <i>SE</i> | <i>p-value</i> |
|-----------------------------|----------|-----------|----------------|------------------------|-----------|----------------|
| ก่อนดำเนินโครงการ (T1)      | 140.46   | 2.09      | T1 – T2        | 5.41***                | .27       | <.001          |
| ติดตามครั้งที่ 1 (T2)       | 135.05   | 2.09      | T1 – T3        | 9.06***                | .33       | <.001          |
| ติดตามครั้งที่ 2 (T3)       | 131.40   | 2.08      | T1 – T4        | 11.29***               | .30       | <.001          |
| สิ้นสุดการดำเนินโครงการ(T4) | 129.17   | 2.10      | T2 – T3        | 3.66***                | .33       | <.001          |
|                             |          |           | T2 – T4        | 5.89***                | .28       | <.001          |
|                             |          |           | T3 – T4        | 2.23***                | .14       | <.001          |

\*\*\*  $p < .001$

3. บทเรียนเพื่อการปรับปรุงแนวทางการดูแลที่เหมาะสมและยั่งยืน ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น สะท้อนบทเรียนสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

3.1 จุดแข็งของแนวทาง แนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทชุมชน เนื่องจากเชื่อมโยงการดูแลระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว อสม. ทีมสุขภาพ และทรัพยากรในชุมชนเข้ากับระบบบริการปฐมภูมิ ทำให้การดูแลไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในคลินิก แต่ขยายไปสู่การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย

3.2 เงื่อนไขที่ต้องพัฒนาเพื่อให้แนวทางดำเนินได้ต่อเนื่อง แม้แนวทางมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ แต่ยังพบเงื่อนไขสำคัญที่มีผลต่อความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ได้แก่ ความเหมาะสมของเครื่องมือและสื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ความชัดเจนของการสื่อสารเรื่องโรคไต และระบบติดตามข้อมูลที่ยังไม่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ ครอบครัว และ อสม.

3.3 บทเรียนต่อความยั่งยืนของแนวทาง ความยั่งยืนของแนวทางขึ้นอยู่กับทำให้กลไกสนับสนุนในระดับระบบบริการและชุมชนดำเนินไปพร้อมกัน กล่าวคือ ระบบบริการปฐมภูมิควรมีข้อมูลทางคลินิกที่ใช้ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ครอบครัวและ อสม. ควรมีบทบาทสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย บทเรียนนี้สะท้อนว่า การชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานระยะต้นจำเป็นต้องอาศัยทั้งการจัดระบบบริการ การสื่อสารสุขภาพที่เข้าใจง่าย และการใช้ทุนทางสังคมของชุมชนเป็นฐานในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

## การอภิปรายผล

1. สถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1–2 ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะต้นในพื้นที่ตำบลบางระจันยังมีข้อจำกัดทั้งระดับผู้ป่วย ระบบบริการ และชุมชน ได้แก่ ความเข้าใจคลาดเคลื่อนเรื่องอาหารที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลและการทำงานของไต การติดตามค่า eGFR ที่ยังไม่ต่อเนื่อง การสื่อสารผลตรวจที่ผู้ป่วยเข้าใจได้จำกัด และบทบาทของครอบครัวกับ อสม. ที่ยังไม่ชัดเจน ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่า การชะลอภาวะไตเสื่อมไม่สามารถพึ่งพาการให้คำแนะนำในคลินิกเพียงอย่างเดียว เพราะพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคหวาน เค็ม การใช้ยา และการออกกำลังกาย เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ดังนั้น การดูแลจึงต้องเชื่อมโยงคลินิกปฐมภูมิ ครอบครัว อสม. และทุนทางสังคมของชุมชนเข้าด้วยกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Tassana-iam et al. (2023) ที่ชี้ให้เห็นว่าการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเป็นเงื่อนไขสำคัญของการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน

2. ประสิทธิภาพของแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมหลังดำเนินการตามแนวทางการให้บริการ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้นทั้งด้านการบริโภคอาหาร ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการออกกำลังกาย สะท้อนว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นไม่ได้เป็นเพียงการให้ความรู้ แต่เป็นการสนับสนุนการจัดการตนเองตามกรอบ ECCM เชื่อมโยงการดูแลในคลินิกกับบริบทชีวิตประจำวัน โดยครอบครัวช่วยสนับสนุนการเลือกอาหาร การใช้ยา และการเตือนพฤติกรรมสุขภาพในบ้าน อสม. ทำหน้าที่ติดตาม กระตุ้นเตือน และเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างบ้านกับหน่วยบริการ ส่วนทีมสุขภาพใช้ข้อมูลทางคลินิกประกอบการให้คำแนะนำและปรับแผนการดูแล กลไกดังกล่าว

ช่วยให้คำแนะนำจากคลินิกถูกนำไปสู่การปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarajaras (2018) และ Rattanasri (2022) ที่พบว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

การลดลงของระดับ HbA1C อธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลักที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล ได้แก่ การปรับอาหาร การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น จุดเด่นของการศึกษานี้คือ การใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารความเสี่ยงรายบุคคล ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของตนเองกับผลตรวจทางคลินิกชัดเจนขึ้น ประกอบกับการดำเนินงานต่อเนื่อง 8 เดือน ซึ่งมีระยะเวลามากกว่าการศึกษาที่ผ่านมา จึงเอื้อต่อการติดตามซ้ำ การเสริมแรง และการคงพฤติกรรมสุขภาพ ดังผลการศึกษา ที่ใช้ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองร่วมกับ HbA1C เป็นตัวชี้วัดผลของกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง (Sarajaras, 2018)

รวมทั้ง การลดลงของค่าความดันโลหิตตัวบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการติดตามทุกช่วงเวลา เป็นผลจากการให้คำแนะนำเรื่องลดเค็ม การติดตามการใช้ยา การวัดความดันซ้ำเป็นระยะ และการกระตุ้นเตือนจากทีมสุขภาพกับ อสม. นอกจากนี้ วัด ตลาด และพื้นที่สาธารณะทำหน้าที่เป็นพื้นที่สื่อสารสุขภาพและเสริมแรงทางสังคม เช่น มุมสุขภาพชุมชน เมนูลดหวาน-เค็ม และกิจกรรมสุขภาพในช่วงที่ชุมชนรวมตัว ทำให้การสื่อสารเรื่องลดหวาน ลดเค็ม และการออกกำลังกายเข้าใกล้วิถีชีวิตของผู้ป่วยมากกว่าการให้คำแนะนำในคลินิกเพียงอย่างเดียว แสดงให้เห็นว่าความดันโลหิตเป็นหนึ่งในผลลัพธ์ทางคลินิกของการประเมินโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม (Rattanasri, 2022)

สำหรับค่า eGFR พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 75.98 เป็น 77.49 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> แม้ขนาดการเปลี่ยนแปลงจะไม่มาก แต่มีความหมายในบริบทของผู้ป่วยไตเสื่อมระยะต้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีค่า eGFR อยู่ในช่วง 60–89 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> และมีอายุเฉลี่ย 56.80 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่การทำงานของไตอาจลดลงตามอายุ และการดำเนินของโรคเบาหวาน ซึ่งตีความว่าเป็นการคงไว้หรือชะลอการลดลงของการทำงานของไต มากกว่าการสรุปว่าไตฟื้นคืนอย่างสมบูรณ์ ในเชิงพยาธิสรีรวิทยา การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตที่ดีขึ้นอาจช่วยลดการบาดเจ็บของหลอดเลือดฝอยในไต ลดภาระการกรอง และชะลอการเสื่อมของหน่วยไต อย่างไรก็ตาม eGFR ยังได้รับอิทธิพลจากอายุ มวลกล้ามเนื้อ ภาวะน้ำในร่างกาย การใช้ยา และความแปรปรวนของค่าครีเอตินิน จึงควรตีความร่วมกับผลลัพธ์อื่น ได้แก่ HbA1C ความดันโลหิต และพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Groothof et al., 2022; KDIGO CKD Work Group, 2024) อย่างไรก็ตามชี้ให้เห็นว่าแนวทางนี้ช่วยคงไว้หรือชะลอการลดลงของการทำงานของไต สอดคล้องกับการศึกษา Phongissaranuporn et al. (2018) ที่พบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยให้พฤติกรรมด้านอาหาร การใช้ยา และอัตราการกรองของไตดีขึ้น

3. บทเรียนและข้อจำกัดเพื่อการปรับปรุงแนวทางการดูแลที่เหมาะสมและยั่งยืน ผลการสะท้อนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแสดงให้เห็นว่า จุดเด่นของแนวทางนี้คือ การใช้กลไกที่มีอยู่จริงในชุมชนไทย ได้แก่ ครอบครัว อสม. ทีมสุขภาพ วัด ตลาด และพื้นที่สาธารณะ มาเชื่อมกับระบบบริการปฐมภูมิ ทำให้การดูแลไม่จำกัดอยู่เฉพาะในคลินิก แต่ขยายไปสู่พื้นที่ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ครอบครัวช่วยสนับสนุน

พฤติกรรมในบ้าน อสม. ช่วยติดตามและเชื่อมข้อมูล ทีมสุขภาพใช้ข้อมูลทางคลินิกปรับคำแนะนำ ส่วนวัดตลาด และพื้นที่สาธารณะเป็นพื้นที่เรียนรู้และเสริมแรงทางสังคม กลไกดังกล่าวสะท้อนการประยุกต์ใช้ ECCM ที่ครบทั้งการสนับสนุนการจัดการตนเอง การออกแบบระบบบริการ การใช้ข้อมูลทางคลินิก และการเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชน

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การประเมินผลแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม เป็นการศึกษาเชิงทดลองชนิดกลุ่มเดียว โดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ การประเมินค่าการทำงานของไต (eGFR) ยังขาดการติดตามต่อเนื่องในระยะยาว

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะต้นไปประยุกต์ใช้เป็นระบบการดูแลต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงการติดตามผลทางคลินิกกับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยในระดับครัวเรือนและชุมชน ส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและ อสม. ในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และการมาตรวจตามนัด เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องนอกเหนือจากการให้บริการในคลินิก

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรออกแบบเป็นการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และติดตามผลในระยะยาวอย่างน้อย 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก รวมทั้ง ระดับอัลบูมินในเลือดและปัสสาวะ เพื่อประเมินความเสี่ยงและความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรัง

### รายการอ้างอิง

- Alicic, R. Z., Rooney, M. T., & Tuttle, K. R. (2017). Diabetic kidney disease: Challenges, progress, and possibilities. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 12(12), 2032–2045. <https://doi.org/10.2215/CJN.11491116>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). Chronic kidney disease and risk management: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(Suppl. 1), S239–S251. <https://doi.org/10.2337/dc25-S011>
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly*, 7(1), 73–82. <https://doi.org/10.12927/hcq.2003.16763>

- Department of Disease Control. (2025a). *Data from the International Diabetes Federation: IDF Diabetes Atlas*. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2025b). *Diabetes in Thailand*. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Goh, L. H., Siah, C. J. R., Tam, W. W. S., Tai, E. S., & Young, D. Y. L. (2022). Effectiveness of the Chronic Care Model for adults with type 2 diabetes in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 11, 273. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02117-w>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Groothof, D., Post, A., Polinder-Bos, H. A., Erler, N. S., Flores-Guerrero, J. L., Kootstra-Ros, J. E., Pol, R. A., de Borst, M. H., Gansevoort, R. T., Gans, R. O. B., Kremer, D., Kieneker, L. M., Bano, A., Muka, T., Franco, O. H., & Bakker, S. J. L. (2022). Muscle mass and estimates of renal function: A longitudinal cohort study. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 13(4), 2031-2043. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12969>
- Hisni, D., Soewondo, P., Dahlia, D., Haryati, T. S., & Ayubi, D. (2023). The effectiveness of self-management program to prevent diabetic nephropathy progression: A literature review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 14(2), 896–904. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2022.13.0013>
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3<sup>rd</sup> ed.) (pp. 559-603). SAGE.
- Khai Bang Rachan Hospital. (2024). *Summary report of the DM remission clinic, fiscal year 2024*. Khai Bang Rachan Hospital. (in Thai)
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. (2024). KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International*, 105(4S), S117–S314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. (2022). KDIGO 2022 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease. *Kidney International*, 102(5S), S1–S127. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2022.06.008>

- Phongissaranuporn, S., Laipoonsawad, S., & Supachaipanichpong, P. (2018). Effects of a self-management support program for delaying kidney function decline on self-management behaviors and clinical outcomes among patients with type 2 diabetes mellitus at Damnoen Saduak Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 37(2), 148–159. (in Thai)
- Rattanasri, P. (2022). Effects of a self-management support program for delaying kidney function decline on self-management behaviors and clinical outcomes among patients with type 2 diabetes mellitus at Samran Subdistrict Health Promoting Hospital. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 4(2), 209–224. (in Thai)
- Sarajaras, V. (2018). Effects of a self-management support process on delaying kidney function decline among diabetic patients with chronic kidney disease at Laem Chabang Hospital, Chonburi Province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 1(3), 13–26. (in Thai)
- Singburi Provincial Public Health Office. (2024). *Tracer DM/HT performance report, Health Region 4, fiscal year 2024*. Singburi Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Tassana-iam, S., Insin, N., Worawong, J., Srimuang, P., & Klangkarn, S. (2023). Development of a home- and community-based self-care model for delaying kidney function decline among patients with diabetes mellitus in Sakon Nakhon Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(2), 1–17. (in Thai)
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*, 20(6), 64–78. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.64>

## บทความวิจัย (Research article)

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทาง  
สุขภาพวิถีใหม่ในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5

Development of the Primary Health Care and Quality of Life Model for  
Older Adults According to New Normal in Urban and Suburban Context,  
Regional Health 5

ปริญญารณ ธนบุญปวง<sup>1</sup>, เพ็ญจมาศ คำธนะ<sup>2</sup>, สุภาพ ไทยแท้<sup>3</sup>,  
จิรียา อินทนา<sup>4\*</sup>, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก<sup>4</sup>, ชลธิชา บุญศิริ<sup>1</sup>, ทิพา มหาพรหม<sup>5</sup>  
Parinyaporn Thanaboonpuang<sup>1</sup>, Phenchamat Khamthana<sup>2</sup>, Suparp Thaithae<sup>3</sup>,  
Jiriya Intana<sup>4\*</sup>, Yaowaluck Meebunmak<sup>4</sup>, Chonticha Boonsiri<sup>1</sup>, Tiwa Mahaprom<sup>5</sup>

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

(Received: February 23, 2026; Revised: June 30, 2026; Accepted: July 1, 2026)

### บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสานรูปแบบแผนคู่ขนานนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความต้องการจำเป็น ระบบ  
บริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ และ 2)  
พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ในบริบท  
ชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ  
ผู้สูงอายุ 249 คน และผู้นำชุมชน 70 คน และกลุ่มที่ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 35 คน เก็บรวบรวมข้อมูล  
โดยใช้แบบสอบถามความต้องการจำเป็น แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และ

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,  
Ministry of Public Health

<sup>2</sup> ข้าราชการบำนาญ  
Retired Government Official

<sup>3</sup> รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
Associate Professor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

<sup>4</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
Assistant Professor, Prachomklao College of Nursing, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,  
Ministry of Public Health

<sup>5</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,  
Ministry of Public Health

ประเด็นสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น และวิเคราะห์แก่นสาระ ผลการศึกษา พบว่า

1. ความต้องการจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน ได้แก่ ด้านสังคมและ ด้านจิตใจ ( $PNI_{Modified} = .58$  และ  $.53$ ) ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.93$ ,  $SD = .56$ )

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่บริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมือง ได้แก่ 1) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการข้อมูลในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม และเชื่อมโยงข้อมูลทุกระดับ 2) การพัฒนาระบบและกลไกหลักในการดูแลสุขภาพ และ 3) การพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต

หน่วยงานสุขภาพปฐมภูมิ ควรนำรูปแบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงในพื้นที่เพื่อประเมินประสิทธิผลและปรับปรุงข้อจำกัด เพื่อให้สามารถนำไปใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** รูปแบบการดูแลสุขภาพ, สุขภาพปฐมภูมิ, ความต้องการจำเป็น, คุณภาพชีวิต, วิถีใหม่

## Abstract

This mixed-method research, concurrent design aimed to 1) investigate the priority needs regarding the health service system, participation in health care, and quality of life among older adults based on the New Normal health approach; and 2) develop a primary health care and quality of life model for older adults in accordance with the new normal health approach within urban and semi-urban community contexts in Health Region 5, Thailand. The study participants were divided into two groups. The quantitative group consisted of 249 older adults and 70 community leaders, while the qualitative group comprised 35 key informants. The research instruments included a needs assessment questionnaire, a quality of life (QoL) questionnaire, semi-structured interview guides, and focus group discussion guidelines. Data were analyzed using descriptive statistics, the Modified Priority Needs Index ( $PNI_{Modified}$ ), and thematic analysis. The findings revealed that:

1. The most urgent needs requiring development were social and psychological aspects, with  $PNI_{Modified}$  values of  $.58$  and  $.53$ , respectively. Overall QoL of older adults was at a moderate level ( $M = 2.93$ ,  $SD = .56$ ).

2. The developed primary health care and quality of life model for older adults under the new normal health approach in urban and semi-urban communities consisted of three major components: 1) the application of information technology and integrated health information management for comprehensive health service delivery with seamless data

linkage across all levels; 2) the development of core health care systems and mechanisms; and 3) the development of supportive systems to improve the quality of life of older adults.

Organizations responsible for primary health care services and quality of life promotion for older adults should implement and evaluate the developed model in real-world settings to assess its effectiveness and address potential limitations. Such efforts would contribute to more effective health care management and improved quality of life for older adults.

**Keywords:** Healthcare model, Primary care, Need, Quality of life, New normal

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยกำลังมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรและก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจากการที่มีอัตราการเกิดและการตายต่ำ จากข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่า ปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุ จำนวน 13,602,188 คน คิดเป็นร้อยละ 20.94 ซึ่งแสดงว่าสังคมไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) (Department of Older Persons, 2022) โดยธรรมชาติของวัยสูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่น เนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงจากความเสื่อมตามวัยและการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลสุขภาพมากกว่าวัยอื่น โดยมีกพบปัญหาการปฏิบัติตนไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็น ขาดผู้ดูแล ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ (Sithon, 2023) ปัญหาเหล่านี้ ต้องได้รับการแก้ไขโดยอาศัยความเชื่อมโยงทั้งภาคประชาชน รัฐ และเอกชน เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้สูงอายุให้มีความครอบคลุมแบบองค์รวม และสอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วย รวมทั้ง บริบทในการดำเนินชีวิต โดยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ ความร่วมมือกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ชุมชนและภาครัฐ ซึ่งแตกต่างจากการดูแลสุขภาพแบบเดิม ที่ผู้รับบริการคิดว่าเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ แต่ในความเป็นจริงเป็นหน้าที่ของทุกฝ่าย จึงจะสามารถส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน (Thavinpipatkul et al., 2019)

การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ถือเป็นจุดเริ่มต้นและกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยและมีความทันสมัยจึงมีความสำคัญ จากสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่แพร่ระบาดไปทั่วโลก และผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำและมีความเสื่อมของร่างกาย เมื่อมีการติดเชื้อจึงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหรือมีความรุนแรงจนพิการหรือเสียชีวิตได้ (LaFond et al., 2021) รัฐบาลจึงมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตและดูแลสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้เกิดสุขภาพวิถีใหม่ในผู้สูงอายุ เช่น รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบการบริหารและการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิในสังคมปกติวิถีใหม่ (Sithon, 2023; Weerawittaya, 2023)

อย่างไรก็ตาม รูปแบบการดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ ยังไม่ครอบคลุมการยกระดับคุณภาพชีวิตและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน เนื่องจากไม่มีการประเมินความต้องการจำเป็นของ

ชุมชน การจัดกิจกรรมในรูปแบบจึงไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร และยังไม่สามารถแก้ไขปัญหของชุมชนได้อย่างตรงจุด โดยเฉพาะในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมือง ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบาย “สุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย และวิถีเศรษฐกิจพอเพียง” และมีมาตรการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติด้านสังคมสูงวัย: 6 ยั่งยืน 4 เปลี่ยนแปลง (Department of Older Persons, 2020) แต่การนำไปใช้ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ยังขาดแนวทางการปฏิบัติ ส่วนผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และชุมชนยังขาดความตระหนักในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามทึนโยบายกำหนด ดังนั้น ทุกภาคส่วนจึงต้องปรับตัวและร่วมมือกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่

เขตสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วย 8 จังหวัด มีประชากรผู้สูงอายุทั้งสิ้น 855,315 คน คิดเป็นร้อยละ 20.92 (Department of Older Persons, 2022) ซึ่งเข้าสู่สังคมสูงอายุแบบสุดยอด (super aged society) แม้ว่า ในสถานการณ์ปัจจุบัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนาถูกกำหนดเป็นโรคประจำถิ่น แม้ว่าจะมีการระบาดอยู่ แต่ไม่พบอาการรุนแรงเหมือนที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุนั้นมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหรือมีความรุนแรงจนเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ในชุมชนบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5 เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

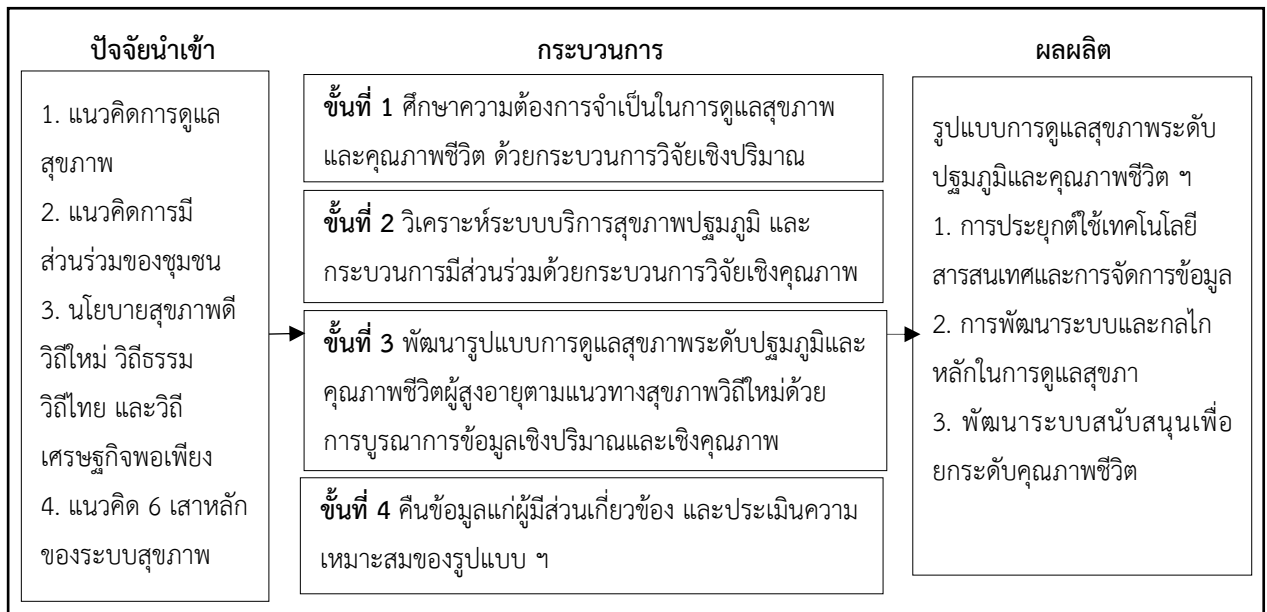
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความต้องการจำเป็น ระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5
2. พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใช้ทฤษฎีระบบ (Von Bertalanffy, 1968) ด้านปัจจัยนำเข้า (input) ได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพตามแนวคิดของ Kleinman (1980) ทั้งการดูแลสุขภาพภาคประชาชน การดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ และการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน 2) การวิเคราะห์ระบบดูแลสุขภาพปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวคิด 6 เสาหลัก ประกอบด้วย การจัดการบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศ ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีสุขภาพ การบริหารจัดการงบประมาณ และภาวะผู้นำ/ การอภิบาลระบบ (World Health Organization, 2010) 3) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Cohen & Uphoff, 1980) ทั้งตัดสินใจ ปฏิบัติการ รับผลประโยชน์ ประเมินผล และ 4) นโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย และวิถีเศรษฐกิจพอเพียง ด้านกระบวนการ มี 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2) วิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และกระบวนการมีส่วนร่วม 3) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพ

ชีวิตผู้สูงอายุ และ 4) ค้นข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และด้านผลผลิต คือ รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบผสมผสานรูปแบบแผนคู่ขนาน (mixed-method research: concurrent design) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data) ควบคู่กันไป ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม 2566 - มกราคม 2567 มี 2 ระยะ รายละเอียด ดังนี้

**ระยะที่ 1 การศึกษาความต้องการจำเป็น ระบบบริการสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่** เป็นการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม 2566 – เดือนสิงหาคม 2566 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) ศึกษาความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้วยวิจัยเชิงปริมาณ และ 2) วิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ แก่นนำชุมชนในเขตสุขภาพที่ 5 ผู้บริหารและบุคลากรที่ปฏิบัติงานและเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5 กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ de Vaus (1990 อ้างถึงใน Wongwanich, 2019) กำหนดระดับความ

เชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 377 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อายุ 60 ปี ขึ้นไป 2) อาศัยในชุมชนเมืองและกึ่งเมืองในเขตสุขภาพที่ 5 ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป 3) เคยใช้บริการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 5 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และกำหนดเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ย้ายภูมิลำเนาช่วงที่ต้องให้ข้อมูล 2) ย้ายสิทธิการรักษาออกนอกเขตสุขภาพที่ 5 และ 3) มีอาการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างจังหวัดนครปฐม 83 คน ราชบุรี 79 คน สมุทรสาคร 39 คน ประจวบคีรีขันธ์ 37 คน และสุพรรณบุรี 81 คน

2. ผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 35 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้รับการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 20 คน ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ/ ผู้ดูแล 10 คน กลุ่มแกนนำชุมชน 5 คน กลุ่มผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน 5 คน และ 2) กลุ่มผู้ร่วมสนทนากลุ่ม 15 คน ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ/ ผู้ดูแล 5 คน กลุ่มผู้นำชุมชน 5 คน และกลุ่มผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน 5 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติ คือ 1) อาศัยในชุมชนเขตสุขภาพที่ 5 ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป 2) มีประสบการณ์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัว/ ชุมชน หรือปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป 3) เคยใช้บริการหรือมีส่วนร่วมจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ฯ ในเขตสุขภาพที่ 5 ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป และ 4) สื่อสารภาษาไทยได้ดี

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา จำนวนปีที่อยู่ อาศัย สมาชิกที่อยู่ร่วมกัน จำนวนโรคประจำตัว และช่องทางเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการดูแลสุขภาพของ Kleinman (1980) จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนระหว่างน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ถึงมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เป็นการตอบสนองรายการคู่ (dual-response format) แบ่งเป็นสภาพที่คาดหวังกับสภาพที่เป็นจริงปัจจุบัน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต พัฒนาตามองค์ประกอบการวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997) จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนต้องปรับปรุง เท่ากับ 1 คะแนน ถึงดีมาก เท่ากับ 5 คะแนน

2. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และประเด็นสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 3 ฉบับ สำหรับผู้สูงอายุ แกนนำชุมชน และบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ครอบคลุมแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (World Health Organization, 2010) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Cohen & Uphoff, 1980) แบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ สถานการณ์และระบบการดูแล

สุขภาพระดับปฐมภูมิ การมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน และแนวทางการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และประเด็นสนทนากลุ่มผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (index of item-objective congruence: IOC) ระหว่าง .67-1.00 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามความต้องการจำเป็น เท่ากับ .82 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต เท่ากับ .84 ตามลำดับ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และประเด็นสนทนากลุ่มทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย นำมาปรับปรุงข้อคำถามย่อยให้เหมาะสม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจะเข้าพบหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ที่เป็นตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการชี้แจงรายละเอียดของโครงการ
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ อธิบายและชี้แจงรายละเอียดของโครงการ ประกอบด้วย ความเป็นมา วัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินงาน ความเสี่ยงและประโยชน์ เมื่ออาสาสมัครยินดีเข้าร่วมโครงการจะให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยการตอบแบบสอบถามใช้เวลา 30-40 นาที เมื่อได้แบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป โดยได้รับแบบสอบถามกลับคืนที่มีข้อมูลครบถ้วน จำนวน 319 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 84.61
4. ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการนำแบบสัมภาษณ์และประเด็นสนทนากลุ่มไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที และสนทนากลุ่มประมาณ 50 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยการใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นด้วยการวิเคราะห์ Priority Needs Index แบบปรับปรุง Modified Priority Need Index (PNI<sub>Modified</sub>) เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า .30 คือ ไม่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา คะแนนเฉลี่ย .30-.49 คือ ควรได้รับการพัฒนา และคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ .50 ขึ้นไป คือ จำเป็นต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน (Wongwanich, 2019)
3. การวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิต ด้วยการใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ดี คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ไม่ดี และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ต้องปรับปรุง (Srisa-ard, 2017)

4. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีวิเคราะห์แก่นสาร (thematic analysis) และการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (triangulation) แล้วจึงการบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยการใช้เทคนิค Joint display ในการนำเสนอข้อมูล

## ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน 2566 – มกราคม 2567 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ด้วยการบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากระยะที่ 1 และ 2) ค้นข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อรับฟังความคิดเห็นและสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ แก่นนำชุมชนในเขตสุขภาพที่ 5 ผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการค่นข้อมูล เป็นผู้สูงอายุ แก่นนำชุมชน ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 15 คน โดยมีคุณสมบัติเช่นกันกับในระยะเวลาที่ 1 และ 2) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ เป็นผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) จบการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป และ 2) มีประสบการณ์บริหารหรือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป

### เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สังกัด ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และตอนที่ 2 เป็นแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบพัฒนาตามมาตรฐานการประเมิน Yarbrough et al. (2010) จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ ความมีประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้อง เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนระหว่างต้องปรับปรุง เท่ากับ 1 คะแนน ถึงดีมาก เท่ากับ 5 คะแนน คัดคะแนนเฉลี่ยและจำแนกออกเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแปลผล คือ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ดี คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ไม่ดี และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ต้องปรับปรุง (Srisa-ard, 2017)

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** แบบประเมินผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) ระหว่าง .67-1.00 และทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ ด้วยการบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากระยะที่ 1 แล้วนำมาร่างเป็นร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่
2. ผู้วิจัยดำเนินการคืนข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ที่พัฒนาขึ้นแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้สูงอายุ แกนนำชุมชน ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 15 คน เพื่อรับฟังความคิดเห็นแล้วสรุปเป็นรูปแบบ และเตรียมส่งประเมินความเหมาะสม
3. ผู้วิจัยส่งรูปแบบการดูแลสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบแล้วปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และสรุปเป็นรูปแบบฉบับสมบูรณ์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สังกัด ประสพการณ์ดูแลผู้สูงอายุใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ระดับความเหมาะสมของรูปแบบ ด้วยการใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี หมายเลขรับรองที่ BCNR-IRB2023-2 วันที่รับรอง 15 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการวิจัยทั่วไป (Belmont report) และพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยชี้แจงรายละเอียดของโครงการ การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล การถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา การจัดเก็บข้อมูลอย่างปลอดภัยโดยจำกัดผู้ที่สามารถเข้าถึง และการทำลายข้อมูล

### ผลการวิจัย

1. ความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่
  - 1.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 319 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 214 คน (ร้อยละ 67.08) อายุเฉลี่ย 66.72 ปี ( $SD = 10.51$ ) จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 203 คน (ร้อยละ 63.75) อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป จำนวน 187 คน (ร้อยละ 58.52) อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน จำนวน 243 คน (ร้อยละ 76.13) มีโรคประจำตัว 3 โรค มากที่สุด จำนวน 158 คน (ร้อยละ 49.44) และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผ่าน บุคคลมากที่สุด จำนวน 197 คน (ร้อยละ 61.88)

1.2 ความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ พบว่า ด้านที่ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน คือ ด้านสังคม และด้านจิตใจ ( $PNI_{Modified} = .58$  และ  $.53$ ) ตามลำดับ ด้านที่ควรพัฒนา คือ ด้านจิตวิญญาณ และด้านร่างกาย ( $PNI_{Modified} = .45$  และ  $.41$ ) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ ( $n = 319$ )

| ด้าน      | $PNI_{Modified}$ | การแปลผล               | ลำดับ |
|-----------|------------------|------------------------|-------|
| ร่างกาย   | .41              | ควรได้รับการพัฒนา      | 4     |
| จิตใจ     | .53              | ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน | 2     |
| สังคม     | .58              | ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน | 1     |
| จิตวิญญาณ | .45              | ควรได้รับการพัฒนา      | 3     |

1.3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า คุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.93, SD = .56$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ ด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.36, SD = .52$ ) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับไม่ดี ( $M = 2.47, SD = .68$ ) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5 ( $n = 319$ )

| ด้าน                      | $M$  | $SD$ | ระดับ   |
|---------------------------|------|------|---------|
| ร่างกาย                   | 3.36 | .52  | ปานกลาง |
| จิตใจ                     | 2.56 | .44  | ปานกลาง |
| ความสัมพันธ์ทางสังคม      | 2.47 | .68  | ไม่ดี   |
| สภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต | 3.31 | .59  | ปานกลาง |
| ภาพรวม                    | 2.93 | .56  | ปานกลาง |

## 2. การวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และกระบวนการมีส่วนร่วม

### 2.1 สถานการณ์และระบบดูแลสุขภาพปฐมภูมิตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ สรุปได้ดังนี้

2.1.1 ผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพ การระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งพบประเด็นหลัก คือ 1) รูปแบบการจัดบริการไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ ต้องปรับการทำงานเชิงรุกมากขึ้น เน้นการให้ความรู้ร่วมกับกระตุ้นผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ร่วมกับปรับการจัดบริการโดยประยุกต์ใช้ระบบออนไลน์ในการสื่อสารข้อมูล การติดตามเยี่ยมบ้าน และการรักษาพยาบาลผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) และ 2) ความเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพพบความซ้ำซ้อน และมีข้อจำกัดด้านการประมวลผลข้อมูลแบบทันที ดังคำกล่าวที่ว่า

“การดูแลผู้สูงอายุช่วงโควิด 19 เน้นคัดกรอง วัคซีน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวทำตามหลัก Social Distancing ถ้ามี Case ถูกเฝ้าที่ Consult ผ่าน Telemed แล้วส่งต่อ” บุคลากรทางการแพทย์ 2

“การ Key ข้อมูลบางที่เข้าซ้อน ไม่ Update Real-Time เรา Key วันนี้ไม่ได้ขึ้นเลยนะ รอนานกว่าจะขึ้น แล้วไม่ค่อยเชื่อมกับ รพช.ด้วย อยากดูข้อมูล Refer ก็ดูไม่ได้ ต้องโทรถาม” บุคลากรทางการแพทย์ 1

2.1.2 การบริหารจัดการกำลังคนและงบประมาณ พบปัญหาหลัก คือ 1) การขาดแคลนบุคลากรที่เป็นปัญหาเรื่องทำให้ภาระงานล้นมือ และขาดสมรรถนะจำเป็นทำให้เหนื่อยหน่ายกับงานและหมดกำลังใจทำงาน และ 2) การบริหารงบประมาณ พบว่า บางพื้นที่งบประมาณไม่เพียงพอในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ แก้ปัญหาโดยรับสนับสนุนงบประมาณและวัสดุทางการแพทย์จากหน่วยงานเอกชนและเครือข่ายในพื้นที่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปัญหา Classic ก็เรื่องขาดคน เป็นมานานแล้ว ยิ่งช่วงโควิด ยิ่งมีปัญหาทางเพิ่มขึ้น แต่คนเท่าเดิมทำกันไม่ทันเลย แคมต้องไปอบรม IT โรคระบาด สุขภาพดิจิทัลกันอีก” บุคลากรทางการแพทย์ 3

“ถ้าให้พูดจริง ๆ งบประมาณที่จัดสรรให้ก็ไม่ค่อยพอหรอก โชคดีที่มีเอกชนช่วยสนับสนุนส่วนใหญ่ถ้าขอก็จะได้เป็นสิ่งที่เราต้องการ เช่น เตียงลม ออกซิเจน อาคารชมรมผู้สูงอายุ”. บุคลากรทางการแพทย์ 5

2.1.3 การบริหารจัดการระบบสุขภาพ พบว่า ผู้บริหารหน่วยงานระดับปทุมภูมิส่วนใหญ่มีความสามารถด้านการบริหาร และมีภาวะผู้นำจากการอบรมหลักสูตรต่าง ๆ ส่วนระดับผู้ปฏิบัติยังขาดสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ส่วนใหญ่ ผอ.รพ.สต.จะรู้เรื่องบริหาร เพราะได้เรียนหลักสูตร ผบต. ผบก.มาแล้ว แต่น้องที่ปฏิบัติงานไม่ค่อยเข้าใจระเบียบเบิกจ่ายเงิน จัดซื้อจัดจ้าง ไม่ได้เรียนมา แต่ต้องทำมาด้วย” บุคลากรทางการแพทย์ 1

“ระดับปฏิบัติส่วนใหญ่ขาดความเข้าใจระเบียบเบิกจ่ายเงิน ภาวะผู้นำ ถ้าไม่มีเจ้าหน้าที่การเงินโดยตรง ควรส่งเสริมให้ได้ไปอบรมหรือไปเรียน เพื่อจะได้มาช่วยกันทำงานได้ถูกต้อง” บุคลากรทางการแพทย์ 4

## 2.2 การมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ สรุปได้ดังนี้

2.2.1 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบครบวงจร การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ควรปรับจากที่ชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของโครงการ ซึ่งทำให้ผลลัพธ์ไม่ต้องโทษและไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร ดังนั้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแบบครบวงจรควรเริ่มตั้งแต่วางแผนและตัดสินใจจนถึงการติดตามประเมินผล เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวรู้สึกมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าจะสร้างการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ ต้องให้เค้ารู้สึกว่สิ่งที่เราชวนทำเค้าเป็นเจ้าของ ต่อสุขภาพผู้สูงอายุแล้วเค้าก็มีสิทธิ์เลือกจะทำหรือไม่ทำ ช่วยคิดช่วยทำได้ตั้งแต่ต้นเลย” บุคลากรทางการแพทย์ 5

“เราต้องชวนผู้สูงอายุกับครอบครัวเค้ามาช่วยกันทำตั้งแต่ต้น เวลาจะเริ่มทำต้องเปิดโอกาสให้เค้ามาช่วยกันวางแผน ช่วยกันทำ ผลที่ได้ก็เป็นของเค้า ให้เค้ารู้ว่ามีดีหรือไม่ดียังไงแก้ไขกันได้ ” ผู้นำชุมชน 3

2.2.2 การสร้างภาคีเครือข่าย เน้นร่วมกันกำหนดเป้าหมายและขับเคลื่อนการดำเนินงานถือเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ โดยเครือข่ายในพื้นที่ ประกอบด้วย 1) ภาครัฐ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล และองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นต้น 2) องค์กรเอกชน ได้แก่ โรงไฟฟ้า ห้างร้าน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ 3) ชุมชนข้างเคียง ดังคำกล่าวที่ว่า

“องค์กรที่สนับสนุนถ้าเป็นของรัฐจะบริจาคเป็นของ เราไปขอสนับสนุน เช่น อบต. อบจ. ถ้าเอกชนบริจาคก็มีโรงไฟฟ้า ร้านค้าในพื้นที่เค้าก็บริจาคเงินกับของอุปกรณ์การแพทย์มา” บุคลากรทางการแพทย์ 1

“ถ้าเป็น อบต. อบจ. ขอสนับสนุนอะไรเค้าก็ส่งมาช่วย ขอคนของของมาช่วย ถ้าเอกชน ห้าง ร้านค้าในพื้นที่เค้าก็บริจาคเงินของตามที่เราขอสนับสนุน บางทีเราก็กต้องบอกเพราะเค้าไม่รู้” บุคลากรทางการแพทย์ 3

## 2.3 แนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ สรุปได้ดังนี้

2.3.1 การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการข้อมูล การจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูที่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลสุขภาพ และการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูล เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิที่เป็นประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้หมอสอนคนแก่กับ อสม.ด้วย ถ้าใช้ VDO call ตามเยี่ยมบ้านคนไข้ก็สะดวกดี บางทีไปหากี่ไม่อยู่ ใช้โทรศัพท์ได้ก็ไม่ต้องไปหลายครั้ง แล้วถ้าจองคิวตรวจอนามัยได้เหมือน รพ. ก็ดี” แกนนามุขชน 5

“ถ้าคิดว่าต้องพัฒนาอะไรมั่ง ผังคนไข้เราต้องให้ความรู้เรื่อง IT กับ Health Literacy ผังระบบต้องปรับแบบออนไลน์ส่วนใหญ่ ทั้งให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ คัดกรอง เยี่ยมบ้าน รักษาที่ใช้ Telemedicine แล้วก็เชื่อมข้อมูลกันให้หมด จะได้เข้าใจตรงกัน เวลาส่งต่อจะง่ายขึ้น” บุคลากรทางการแพทย์ 3

2.3.2 การส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมแบบครบวงจร การส่งเสริมศักยภาพให้ครอบคลุมระดับบุคคล ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ โดยระดับบุคคลและชุมชนเน้นส่งเสริมความเข้าใจด้านความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ความรอบรู้ทางสุขภาพแบบดิจิทัล และทักษะที่จำเป็น ส่วนบุคลากรทางการแพทย์เน้นส่งเสริมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และสมรรถนะด้านการวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพ เป็นต้น รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้ชุมชนมีคนมีความรู้เรื่องผู้สูงอายุและเรื่องที่เป็นแบบการใช้ App ในโทรศัพท์ หาข้อมูลโรค การดูแลสุขภาพตัวเอง อยากให้สอนกรรมการกับชาวบ้านด้วยจะได้รู้เรื่องเหมือนกัน” แกนนามุขชน 2

“อยากให้คนในชุมชนช่วยกันดูแลผู้สูงอายุ ต้องช่วยให้ความรู้กับผู้สูงอายุ ครอบครั้ว ชุมชน ส่วน จนท.ต้องเน้นทักษะจำเป็นที่ใช้ปฏิบัติงาน ต้องร่วมมือกับเครือข่ายด้วย” บุคลากรทางการแพทย์ 2

## 2.4 การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้

2.4.1 การดูแลเรื่องสิทธิและสวัสดิการ การดูแลสุขภาพความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิตประจำวันเน้นดูแลตามความต้องการพื้นฐานที่ตอบสนองสิทธิ สวัสดิการ และความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต จึงควรพัฒนาการดูแลช่วยเหลือแบบทันทีทันใดด้วยการสร้างระบบการแจ้งเตือน และจัดสถานที่ดูแลผู้สูงอายุแบบชั่วคราวในช่วงกลางวัน ยังใช้เป็นที่พักปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากมีคนคอยดูแลผู้สูงอายุ หรือมีที่ดูแลเวลาลูกหลานไปทำงาน ถ้าปล่อยให้อยู่คนเดียว น่าจะแย่ คนแก่ลืมนง่าย ลืมทีก็เจ็บเป็นเดือน ต้องทำจริงให้ด้วยเผื่อคนช่วยจะดีมาก” แกนนามุขชน 4

“มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวแล้วลืมนบ่อย ถ้ามี Daycare ที่มีคนดูแลจะช่วยได้มากเลย อีกเรื่องต้องบอกลูกหลานและตัวคนไข้ให้รู้เรื่องสิทธิ สวัสดิการด้วยเพราะเป็นสิทธิพื้นฐานที่ควรได้” บุคลากรทางการแพทย์ 3

2.4.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การสร้างช่องทางสื่อสารทั้งแบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ จิตอาสาช่วยดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ การสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตและตรวจรักษา การจัดกิจกรรมตามเทศกาลต่าง ๆ ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้มีที่ให้คนแก่เจอกันหรือช่องทางให้คุยกันสะดวกขึ้น แล้วอย่าลืมจัดงานเลี้ยงสังสรรค์ปีใหม่ หรืองานต่าง ๆ ด้วย อายุมากขึ้นออกไปเที่ยวไกลไม่ไหว ก็อยากคุยกันแถวบ้านนี่แหละ” แกนนำชุมชน 1

“อยากให้ลูกหลาน หรือเด็กในชุมชนผลักดันสอนผู้สูงอายุใช้ไลน์ เข้าอินเทอร์เน็ต แล้วช่วยกันผลิตเวปเป็นจิตอาสาพามาตรวจรับยา ถ้าเราช่วยกันก็จะไม่เป็นภาระของคนใดคนหนึ่ง” บุคลากรทางการแพทย์ 3

3. รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่  
ในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5 เน้นการประยุกต์ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่  
1) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการข้อมูลในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม และเชื่อมโยงข้อมูลทุกระดับ ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 2) การพัฒนาระบบและกลไกหลักในการดูแลสุขภาพที่เน้นการจัดบริการ การจัดการข้อมูล การส่งเสริมศักยภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) การพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตที่เน้นการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน  
รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ ดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่

ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิต พบว่า โดยภาพรวมรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสม อยู่ในระดับมาก ( $M = 4.49$ ,  $SD = .59$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความมีประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.61$ ,  $SD = .46$ ) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก ( $M = 4.36$ ,  $SD = .61$ )

## การอภิปรายผล

1. ความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ของผู้สูงอายุในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองชุมชนเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า ความต้องการจำเป็นที่ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน คือ ด้านสังคม และด้านจิตใจ ( $PNI_{Modified} = .58$  และ  $.53$ ) ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่า จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จนถึงปัจจุบัน เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตเป็นแบบวิถีใหม่ ซึ่งประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลสุขภาพและดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้ง การติดต่อสื่อสารหรือการสร้างสัมพันธ์ทางสังคมที่ปรับเปลี่ยนจากสังคมแบบเผชิญหน้า เป็นการสื่อสารผ่านสังคมออนไลน์ที่เชื่อมโยงให้บุคคลติดต่อสื่อสารกันอย่างไร้พรมแดน ซึ่งสามารถช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (Bahramnezhad et al., 2017) แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีข้อจำกัดด้านทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศจึงสื่อสารผ่านสังคมออนไลน์ได้น้อย ร่วมกับข้อจำกัดด้านร่างกายที่ทำให้เดินทางไปพบปะสังสรรค์กับครอบครัวหรือเพื่อนฝูงได้น้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการได้รับการพัฒนา ด้านสังคมอย่างเร่งด่วน ด้านที่มีความต้องการ รองลงมา ได้แก่ ด้านจิตใจ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อาชีพ บทบาทหน้าที่ในสังคม ทำให้อาจรู้สึกท้อแท้และคุณค่าในตนเองลดลง รวมทั้งในปัจจุบันสังคมไทยแยกเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง จึงทำให้ต้องการการดูแลด้านจิตใจ และกำลังใจตามความต้องการพื้นฐาน (Maslow, 1943) ซึ่งการพัฒนาทั้ง 2 ด้านนี้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจจากการได้สื่อสารพูดคุยกับผู้อื่นผ่านสังคมออนไลน์มากขึ้น (Sajkul et al., 2023) เพื่อตอบสนองด้านสังคมและด้านจิตใจอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง

ด้านคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.93$ ,  $SD = .56$ ) ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพระบุว่า ควรพัฒนาระบบดูแลสุขภาพช่วยเหลือและแจ้งเตือนแบบทันทีทันใด รวมทั้ง ควรจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเพื่อแก้ปัญหาอุบัติเหตุและการส่งเสริมสุขภาพจิต อธิบายได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงจากความเสื่อมของร่างกาย และขาดการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจึงปรับตัวได้น้อย จะพบปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ ร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.36$ ,  $SD = .52$ ) อธิบายได้ว่า ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุเนื่องจากประเทศไทยเข้าสู่สังคม สูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้วจึงมีกองทุนให้การดูแล ทั้งเรื่องสิทธิการรักษา สวัสดิการทางสังคม และช่องทางด่วนอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ ประกอบกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้าทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพปฐมนุณิและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดการดูแลสุขภาพ Kleinman (1980) ที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพภาคประชาชน การดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ และการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน ร่วมกับนโยบายสุขภาพวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย และวิถีเศรษฐกิจพอเพียงของกระทรวงสาธารณสุข โดยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด19 ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพที่เป็นระบบเปิด ตามทฤษฎีระบบบุคคล ชุมชน ระบบบริการ และสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการในการดูแลสุขภาพที่

เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทเช่นกัน (Von Bertalanffy, 1968) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบข้อจำกัดสำคัญ คือ รูปแบบการจัดบริการไม่สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์ปัจจุบัน การขาดแคลนบุคลากรและสมรรถนะจำเป็น และการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ดังนั้นจึงนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบ การดูแลสุขภาพปฐมภูมิและคุณภาพชีวิต แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการข้อมูลในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม และเชื่อมโยงข้อมูลทุกระดับ 2) การพัฒนาระบบและกลไกหลักในการดูแลสุขภาพที่เน้นการจัดบริการ และ 3) การพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับแนวคิด 6 เสาหลักสุขภาพ (Six Building Blocks) ที่ชี้ให้เห็นว่าการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องพัฒนาหลายองค์ประกอบควบคู่กัน เช่น ระบบบริการ กำลังคน ระบบสารสนเทศ และการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นต้น เนื่องจากทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันและเป็นกลไกของระบบบริการสุขภาพ (Cohen & Uphoff, 1980; World Health Organization, 2010) สอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาศักยภาพ การดูแลสุขภาพเชิงรุก และการปรับสิ่งแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบ และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญ (Sithon, 2023; Weerawittaya, 2023)

### ข้อจำกัดของการวิจัย

ศึกษาเฉพาะบริบทในเขตสุขภาพที่ 5 แบบสอบถามเป็นรูปแบบประเมินตนเอง (self-report) และยังไม่ได้นำรูปแบบไปศึกษาประสิทธิผล ซึ่งควรดำเนินการต่อยอดเพื่อให้สามารถแก้ไขข้อบกพร่องและนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

นำรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ไปใช้ประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ในพื้นที่บริบทเขตสุขภาพที่ 5 และพื้นที่บริบทที่ใกล้เคียงกัน

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมโดยนำรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นไปใช้ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบและปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เพื่อติดตามผลลัพธ์ และนำไปใช้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายและประโยชน์ในการนำไปใช้ในการจัดบริการสุขภาพ
2. ควรศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยและเงื่อนไขของความสำเร็จในการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพดิจิทัลในการดูแลสุขภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนชนบท

## รายการอ้างอิง

- Bahramnezhad, F., Chalik, R., Bastani, F., Taherpour, M., & Navab, E. (2017). The social network among the elderly and its relationship with quality of life. *Electronic Physician*, 9(5), 4306. <https://doi.org/10.19082/4306>
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). *Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity*. Cornell University, Rural Development Committee.
- Department of Older Persons. (2020). *Measures to drive the national agenda on aging society: 6 sustainability strategies and 4 transformative changes*. <https://www.dop.go.th/th/know/5/155> (in Thai)
- Department of Older Persons. (2022). *Statistics of older persons in Thailand 2022*. <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335> (in Thai)
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
- LaFond, E., Weidman, K., & Lief, L. (2021). Care of the postcoronavirus disease 2019 patient. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 27(3), 199-204. <https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000000767>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Sutjakul, B., Theswong, K., & Saenmontrikul, S. (2023). A social support approach to develop geriatric skills to use social media with media literacy. *PSDS Journal of Development Studies, Puey Ungphakorn School of Development Studies, Thammasat University*, 6(1), 95–140. (in Thai)
- Sithon, S. (2023). Development of the health care new normal model for elderly Muang Ubonratchathani District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Environmental Education Medical and Health*, 8(2), 18–31. (in Thai)
- Srisa-ard, B. (2017). *Introduction to research* (10<sup>th</sup> ed.). Suweeriyasarn. (in Thai)
- Thavinpipatkul, C., Ratana-Ubol, A., & Charungkaittikul, S. (2019). A transformative learning model to promoting integrated health of sustainable-practicing organizations in Thailand. *Journal of Education Studies*, 47(4), 37–55. (in Thai)
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. George Braziller.

- Weravaitaya, W. (2023). A development of health care model for older adult according to healthy in new normal by community and network participation in Sam Roi Yot District, Prachuap Khiri Khan Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 3(1), 1–12. (in Thai)
- Wongwanich, S. (2019). *Needs assessment research* (4<sup>th</sup> ed.). Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63482/1/WHO\\_MSA\\_MNH\\_PSF\\_97.4.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63482/1/WHO_MSA_MNH_PSF_97.4.pdf)
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. World Health Organization.
- Yarbrough, D. B., Shulha, L. M., Hopson, R. K., & Caruthers, F. A. (2010). *The program evaluation standards: A guide for evaluators and evaluation users* (3<sup>rd</sup> ed.). Sage Publications.

## บทความวิชาการ (Academic article)

### บทบาทพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน Nurses' Roles in Promoting Personal Recovery among People with Chronic Schizophrenia in the Community

ฐิติชญา ปิยภัทรนัสไชย<sup>1</sup>, ชนิดา เชือกทอง<sup>2</sup>, สุนิชา เชือกทอง<sup>2\*</sup>

Thitchaya Piyaphattanuschai<sup>1</sup>, Chanida Chuektong<sup>2</sup>, Sunisa Chuaktong<sup>2\*</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding e-mail: Sunisa.c@rsu.ac.th)

(Received: March 14, 2026; Revised: April 28, 2026; Accepted: April 29, 2026)

#### บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังและความรุนแรง การรักษาในปัจจุบันจะเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น แต่ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากที่ไม่สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมหรือการทำงานได้ ส่งผลให้การฟื้นคืนสู่สภาวะเป็นไปได้ยาก

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน โดยอาศัยแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายชีวิตของตนเอง พยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีศักยภาพในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การส่งเสริมจัดการตนเองของผู้ป่วย และการสร้างความหวัง ผ่านการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การจัดการรายกรณี และการประสานความร่วมมือกับครอบครัวและเครือข่ายในชุมชน โดยเน้นที่การพัฒนาศักยภาพบุคคลให้มีกระบวนการฟื้นคืนสู่สภาวะที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความหมายและยั่งยืน

การฟื้นคืนสู่สภาวะจะเป็นการมุ่งเน้นที่ตัวบุคคลไม่ใช่เพียงแค่อาการของผู้ป่วยเท่านั้น แต่เป็นการมองหาแง่ดีและความมุ่งมั่นของผู้ป่วย โดยให้ครอบครัว บุคลากรทางด้านสุขภาพ ระบบบริการและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเดินหน้าและกำหนดเป้าหมายชีวิตใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** บทบาทพยาบาล, การฟื้นคืนสู่สภาวะ, ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง, ชุมชน

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Rangsit University

<sup>2</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

Instructor, Faculty of Nursing, Rangsit University

## Abstract

Schizophrenia is a chronic and severe mental disorder that often impairs social and occupational functioning. Although current treatment emphasizes early discharge and community reintegration, many individuals struggle to adapt, limiting their recovery.

This article aims to analyze nurses' roles in promoting recovery among individuals with chronic schizophrenia in community settings, based on a recovery-oriented, person-centered, and empowerment approach. Nurses play a key role in enhancing patients' self-care capacity through both clinical and psychosocial interventions, including promoting activities of daily living, supporting treatment adherence, strengthening self-management skills, providing social support, and fostering hope. They also engage in proactive community-based practices, such as home visits, case management, and collaboration with families and community networks, to support meaningful and sustainable recovery in the community.

Effective recovery requires collaboration among families, healthcare providers, service systems, and communities to help individuals set and achieve meaningful life goals.

**Keywords:** Nurse's role, Recovery, Chronic Schizophrenia, Community

## บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยและมีความรุนแรงมาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและกำเริบได้บ่อย (Tungpunkom, 2017) ทั้งนี้พบอัตราการความชุก 4.6 ต่อ 1,000 ประชากร ความชุกตลอดชีวิต ร้อยละ 1 (Keshavan et al., 2020) และจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการด้านสุขภาพจิตรักษาในโรงพยาบาล ภาพรวมประเทศ ปี 2567 พบผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจำนวน 465,586 ราย ซึ่งเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่มีความรุนแรงและเรื้อรังส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองในหลายด้าน องค์การอนามัยโลกระบุว่าโรคนี้ทำลายสมรรถภาพการทำงานของจิตใจ ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมถดถอยลง ความยากลำบากในการฟื้นฟูสู่สภาวะปกติจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น (Department of Mental Health, 2024)

แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในอดีตเน้นการรักษาในโรงพยาบาลเป็นหลัก แต่ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดโดยมุ่งลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและส่งเสริมการฟื้นฟูในชุมชน ผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสมัยใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน จะเห็นได้จากการปรับเปลี่ยนนโยบายในการรับผู้ป่วย คือ ให้โรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 20 แห่ง (Ipici et al., 2020) ซึ่งกระจายอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศไทย เร่งจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาล หลังจากที่มีอาการสงบ แต่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านแล้วพบว่า ผู้ป่วยก็ยังไม่สามารถ

ปรับตัวให้อยู่ในชุมชนได้ดีเท่าที่ควร ส่งผลให้มีอาการกำเริบอีกและจำเป็นต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ การที่ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำหลายครั้งนั้นจะส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษาและการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Taylor & Jauhar, 2019) จากประเด็นดังกล่าวจึงเป็นที่มาของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบำบัดรักษา โดยมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้มากขึ้น และลดระยะการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลให้สั้นลง (Phongsatornsakun & Danddomyouth, 2020) การที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพียงแค่อาการทุเลาลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการผิดปกติหลายด้านหลงเหลืออยู่ เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีความเสี่ยงในการทำหน้าที่ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ และความสัมพันธ์กับสังคมหรือบุคคลอื่น (Tan et al., 2020) ส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย มีการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อค้นหาอุปสรรคและสิ่งที่เอื้อให้ผู้ป่วยจิตเภทดำรงชีวิตอยู่ได้ในชุมชน พบประเด็นหลักที่สำคัญคือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนช่วยเหลือ การจัดการผลข้างเคียงจากยา และการจัดการตัวเอง (Rujkorakarn et al., 2018a)

แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (recovery model) ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในงานพยาบาลจิตเวช โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความหมาย แม้ยังคงมีอาการของโรคอยู่ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การเสริมสร้างพลังอำนาจ การมีความหวัง และการกำหนดเป้าหมายชีวิตด้วยตนเอง ทั้งนี้การประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวในบริบทของชุมชน จำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ และเครือข่ายในชุมชน หากผู้ป่วยจิตเภتبกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ย่อมส่งผลต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Phongsatornsakun & Danddomyouth, 2020) แต่ในทางกลับกัน ถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีการแบ่งเบาภาระของครอบครัวหรือผู้ดูแลอย่างเหมาะสม ก็จะช่วยส่งเสริมการใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนและการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Rujkorakarn et al., 2018b) ครอบครัวและชุมชน จึงมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ามารักษาซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

## 1. ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมักมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมทั้งด้านสังคมและการทำงาน การดำเนินโรคซับซ้อน โดยผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังเมื่อมีระยะการดำเนินโรคตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป หรือมีประวัติการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานถึง 6 เดือนต่อครั้งในช่วง 5 ปี หรือต้องเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ในระยะเวลา 1 ปี นอกจากนี้ยังพิจารณาจากการมีข้อจำกัดหรือความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างน้อย 3 ด้านจากทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเอง การเรียนรู้และความคิดสร้างสรรค์ ความสามารถในการคิดและตัดสินใจด้วยตนเองอย่างเหมาะสม การสร้างและรักษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์และการเข้าสังคม รวมถึงความสามารถในการประกอบอาชีพ

และมีรายได้เลี้ยงตนเอง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและต้องมีการวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับครอบครัวและสังคม โดยจำแนกผลกระทบออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

**1.1 ผลกระทบต่อตนเอง** จากการที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติในระบบประสาทส่วนกลาง และนำไปสู่การเกิดอาการทางจิต เช่น แยกตัว หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน ความผิดปกติด้านความคิด เป็นต้น ซึ่งอาการทางจิตทำให้ผู้ป่วยคิดลบต่อตนเองมองเห็นคุณค่าตนเองลดลง โดยเฉพาะอาการประสาทหลอนทางหู ทำให้การยอมรับและมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ รวมทั้งความรู้สึกถูกตีตราเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความอับอาย ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ทำลายประสิทธิภาพและการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย (Lotrakul & Sukanich, 2015) นอกจากนี้การเจ็บป่วยทางจิตเป็นเวลานานและไม่ได้รับการแก้ไขในระยะเสื่อมสภาพและระยะไร้ความสามารถ จะทำให้ผู้ป่วยมีขีดจำกัดหรือไม่สามารถปฏิบัติบทบาทตามปกติได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับครอบครัวสังคม และชุมชนได้ โดยการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหลายด้าน ดังนี้ (Kumar & Mohanty, 2016)

1.1.1 ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living) ลดลง เช่น การดูแลภายในบ้าน การซื้อของใช้ในชีวิตประจำวัน การเตรียมอาหาร การจัดการเรื่องเงิน การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

1.1.2 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relations) ผู้ป่วยมักไร้อารมณ์แยกตนเองจากสังคมและสิ่งแวดล้อม

1.1.3 ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต อาจเนื่องมาจากทัศนคติในเชิงลบที่มีต่อผู้ป่วยทำให้ถูกปฏิเสธจากสังคม

1.1.4 ด้านการประกอบอาชีพ หรือการเข้าสังคมได้ ผู้ป่วยมักจะไม่มีงานทำและถูกมองว่าเป็นคนไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยตำหนิตนเองและคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นสาเหตุจากการเสื่อมสภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดไม่สามารถบรรลุมหาวิทยาลัยได้

1.1.5 ด้านแรงจูงใจ (motivation) ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่ขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ขาดความมั่นใจ เกิดความกลัวต่อความล้มเหลว ทำให้ไม่กล้าที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ การไม่มีแรงจูงใจอาจทำให้แยกตนเอง และปฏิเสธกับสิ่งแวดล้อมน้อยได้

1.1.6 ด้านความเข้มแข็งของผู้ป่วย (strengths) ระยะเวลาการดำเนินโรคส่งผลต่อความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการถูกตีตราจากสังคมยังส่งผลให้ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ซึ่งนำไปสู่ความเข้มแข็งภายในตนเองลดลง

1.1.7 ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา (adherence to treatment) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา อาจเนื่องจากการปฏิเสธการเจ็บป่วย ปัญหาในการเดินทางมารับยา ไม่มีคนช่วยเหลือในการรับประทานยา หรือความไม่สบายใจจากอาการข้างเคียงของยา ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ความสามารถดูแลตนเองลดลง

**1.2 ผลกระทบต่อครอบครัว** ทำให้ครอบครัวรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว นอกจากนี้ครอบครัวและผู้ป่วยยังมีความเครียดสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นกลุ่มที่เผชิญกับภาวะเครียดอย่างเรื้อรังและต่อเนื่องจากการต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยทางจิตมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ขาดอิสรภาพ เนื่องจากความผูกพันห่วงใยสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยทางจิตทั้งในด้านความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วย ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและการถูกคุกคามทางอารมณ์

**1.3 ผลกระทบต่อสังคม** เมื่อเศรษฐกิจของครอบครัวถูกกระทบอันเนื่องมาจากรายได้ลดลงย่อมทำให้เกิดความสูญเสียเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่รัฐรับภาระในการดูแล ซึ่งโรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมากและเสียกำลังคนในการพัฒนาประเทศ ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองที่ส่งผลทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง มีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และทำให้ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดแรงจูงใจในการที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ขาดความเข้มแข็งในตนเองของผู้ป่วย ส่งผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีที่สิ้นสุด และผลกระทบต่อสังคมที่ทำให้เกิดความสูญเสียเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ

## 2. หลักการในการฟื้นคืนสู่สภาวะ

แนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Recovery model) ในการดูแลผู้ป่วยจิต เป็นการมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความหมาย สามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในแผนการรักษา ซึ่งช่วยลดความรู้สึกไร้อำนาจและเพิ่มแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการ ปฏิบัติตามแผนการรักษาและดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะ จึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนบทบาทจาก “ผู้รับการดูแล” ไปสู่ “ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง” โดยพยาบาลต้องคำนึงถึงจุดเน้นสำคัญในการดูแล (Farkas et al., 2005; World Health Organization, 2021) ดังนี้

**2.1 ความเป็นบุคคล (person orientation)** เป็นการดูแลที่ผู้ให้บริการยอมรับในฐานะ “บุคคล” สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลในด้านที่เกี่ยวข้อง ไม่ใช่แค่การเจ็บป่วยและการดูแลรักษาเท่านั้น การดูแลจะต้องสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ไม่ใช่ความต้องการที่เกิดจากการประเมินของบุคลากรวิชาชีพเพียงอย่างเดียว

**2.2 การมีส่วนร่วมของบุคคล (person involvement)** เป็นการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ไม่ใช่คนป่วยที่ต้องพึ่งพาและเชื่อฟังบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น ผู้ให้การดูแลต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดี และมีการสื่อสารระหว่างกันโดยตรงไปตรงมา รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมตัดสินใจ ในกระบวนการการดูแลรักษาตนเองด้วย

**2.3 การตัดสินใจด้วยตัวเอง (self-determination)** เป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยว่าเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในประสบการณ์การเจ็บป่วย และการดำเนินชีวิตของตนเองมากที่สุด การดูแลจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจ เลือกแนวทางการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง แม้ว่าการตัดสินใจในบางครั้งจะก่อให้เกิดผลเสียบ้าง แต่ผู้ให้บริการก็ให้ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ทดลองปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองในภายหลัง เพราะไม่ว่าผลการทดลองปฏิบัติจะดีต่อสุขภาพของตนเองหรือไม่ก็ตาม ย่อมเกิดการเรียนรู้เกิดขึ้นเสมอ

**2.4 ศักยภาพของบุคคล (growth potential)** เป็นการดูแลที่ไม่เน้นการควบคุมเพียงแค่อาการของการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่จะเน้นการพัฒนาศักยภาพในด้านอื่นของบุคคล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดี ความเชื่อของผู้ให้บริการตามแนวคิดนี้ เชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพที่จะดูแลตนเองเพื่อต่อสู้กับการเจ็บป่วย พยาบาลจึงมีหน้าที่ในการค้นหาข้อดีและจุดอ่อนที่ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ โดยส่งเสริมให้ใช้ข้อดีที่มีอยู่ต่อสู้กับการเจ็บป่วยของตนเองต่อไป

### 3. บทบาทพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน

การพยาบาลตามแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะให้มีความสำคัญกับการดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่ โดยพยาบาลจิตเวชมีบทบาทในการปฏิบัติงานในชุมชน ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินบริบทการดำรงชีวิต สภาพแวดล้อม และระบบสนับสนุนของครอบครัว การจัดการรายกรณี เพื่อวางแผนการดูแลแบบองค์รวม และติดตามต่อเนื่อง ตลอดจนการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อเสริมสร้างระบบสนับสนุนที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย การดำเนินงานดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ช่วยให้สามารถเฝ้าระวังอาการกำเริบ ส่งเสริมความต่อเนื่องในการใช้ยา และสนับสนุนการปรับตัวของผู้ป่วยในบริบทชีวิตจริง อันจะนำไปสู่การลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และส่งเสริมกระบวนการฟื้นคืนสู่สภาวะอย่างยั่งยืน ดังนี้

**3.1 การส่งเสริมกิจวัตรประจำวัน** เมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน การส่งเสริมทักษะด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองที่จำเป็นมี 6 ทักษะ ดังนี้

**3.1.1 ทักษะการดูแลตนเอง** เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรักษาความสะอาดของร่างกาย การรับประทานยาด้วยตนเอง การขับถ่ายอย่างถูกสุขลักษณะ การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม เข้านอนเป็นเวลาทุกวัน เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมาก มีปัญหาการทำความสะอาด โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 97 มีความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง ด้านการทำความสะอาดร่างกาย (Wijitpanya et al., 2018) ซึ่งผู้ป่วยมักจะไม่เห็นความแตกต่างของการทำความสะอาดกับการไม่ทำความสะอาด ส่งผลให้มีกลิ่นตัว แต่งตัวแปลก ๆ ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ เป็นต้น

**3.1.2 ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน** ฝึกให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม เครื่องนอน การจัดเก็บของใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบ ทำความสะอาดบ้าน การประกอบอาหาร เป็นต้น

**3.1.3 ทักษะทางสังคม** ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักมารยาทการเข้าสังคม และการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม รู้จักใช้ภาษาพูด ภาษาท่าทางที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ สามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้

อย่างเหมาะสม รู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ปรับตัวต่อสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ และให้ความช่วยเหลือผู้อื่นตามความสามารถของตนเองได้ เป็นต้น

3.1.4 ทักษะการทำงาน ฝึกให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการทำงานหรืองานที่ได้รับมอบหมาย มีความอดทนในการทำงานและสามารถให้ความร่วมมือในการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ สามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพของงานได้ เป็นต้น

3.1.5 ทักษะการใช้เวลาว่างและการพักผ่อน ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ด้วยการออกกำลังกาย เช่น เล่นกีฬา การเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การพูดคุยผ่อนคลาย เป็นต้น

3.1.6 ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้สาธารณูปโภคในชุมชน เช่น แหล่งอำนวยความสะดวกในชุมชน การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น การร่วมกิจกรรมในชุมชน การมีความสามารถในการเดินทางหรือการใช้รถสาธารณะ เป็นต้น ซึ่งการดูแลตนเองและช่วยทำงานบ้าน สะท้อนให้เห็นว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ การแบ่งเบาภาระของครอบครัว ถือเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท (Rujkorakarn et al., 2018b; Yu et al., 2020)

**3.2 การสนับสนุนทางสังคม** ในการที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ การสนับสนุนทางสังคม ถือเป็นองค์ประกอบหลักในการฟื้นฟูตัวแบบองค์รวมในโรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทมากถึง 2 ใน 3 ไม่สามารถปฏิบัติตามพื้นฐานของการทำงานทางสังคมได้ และน้อยกว่า 1 ใน 3 ยังคงมีการรักษาตามปกติ (Correll et al., 2019) การสนับสนุนทางสังคม คือ ความเป็นจริงและการรับรู้ว่าคุณคนนั้น ได้รับการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวที่ให้การสนับสนุน และได้รับความช่วยเหลืออย่างเพียงพอจากผู้อื่น รวมถึงสมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์พยาบาลและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Harfush & Gemeay, 2017)

**3.3 การใช้ยาตามแผนการรักษา** ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ส่งผลให้ไม่ยอมรับการรักษา แต่เมื่อเวลาผ่านไปมักเกิดความคิดว่าไม่จำเป็นต้องรับประทานยา เพราะคิดว่าหายดีแล้วและอาการข้างเคียงจากยากระทบต่อการดำเนินชีวิต จึงตัดสินใจหยุดยาเอง ทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา (Seechiangsa et al., 2019) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาตามแผนการรักษา หรือร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นดูแลที่สำคัญที่สุด เนื่องจากยาจะทำหน้าที่ช่วยในการควบคุมอาการทางจิตโดยการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลงและสามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ อีกทั้ง ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นคืนสู่สุขภาพได้เร็วขึ้น (Wuthironarith, 2017)

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 5 วิธี ดังนี้ 1) การประเมินความรู้ ทักษะคิด เกี่ยวกับการรับประทานยา 2) ปรับความเชื่อ ทักษะคิด มุมมองเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยา เพื่อสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อหยุดยาเอง 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุปัจจัยการเกิดโรค อาการ การรักษาด้วยยาและผลข้างเคียงจากยา และวิธีการสังเกตอาการ

กำเริบ 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดยาด้วยตนเอง และวิธีการป้องกันการลืมนินยา (Woottitluk, 2019) และ 5) การสอนทักษะการควบคุมตนเองให้รับประทายอย่างต่อเนืองโดยไม่หยุดยาเอง

**3.4 การจัดการตนเอง** เป็นกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการความเจ็บป่วย การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต รวมทั้งติดตามและควบคุมการเจ็บป่วย (Wijitpanya, 2018) การจัดการตนเองมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้บุคคลฟื้นคืนสู่สภาวะโดยให้ทักษะและความมั่นใจ ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องดำเนินการอย่างจริงจังในการรับรู้และจัดการปัญหาสุขภาพของตน (Lean et al., 2019) ซึ่งการจัดการตนเอง โดยการมีสุขภาพที่ดี ร่างกายแข็งแรง มีแรงในการทำงาน และไม่มีอาการทางจิตกำเริบ นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เช่นเดียวกัน (Rujkorakarn et al., 2018b) ในส่วนของการจัดการเกี่ยวกับอาการทางจิต ผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีอาการประสาทหลอน แม้จะอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือในชุมชน การฟื้นคืนสู่สภาวะจำเป็นต้องมีการควบคุมอาการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการดูแลตัวเอง และการทำหน้าที่ในสังคม ผู้ป่วยจะพยายามควบคุมหรือจัดการกับอาการทางจิต เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ หรือเมื่อมีความเครียดก็สามารถหาวิธีจัดการกับความเครียดของตนเองได้ (Rujkorakarn et al., 2018a)

**3.5 การสร้างความหวัง** เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่ออนาคต โดยเชื่อมั่นว่าสิ่งที่ตนคาดหวังและปรารถนาจะประสบความสำเร็จตาม ความหวังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ที่สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อผลการเจ็บป่วยไปในทางที่สร้างสรรค์ รวมถึงการวางแผนชีวิตที่จะดำเนินต่อไป โดยความหวังเป็นรากฐานของกระบวนการฟื้นคืนสู่สภาวะของความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การมีความหวังในผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูงผู้ป่วยจิตเภทมีความหวังว่าทุกอย่างในชีวิตจะมีทิศทางไปในทางที่ดีและหวังว่าจะมีชีวิตที่ปกติอยู่บ้านกับครอบครัวได้และไม่ต้องมารักษาตัวที่โรงพยาบาล ความหวังนับว่าเป็นรากฐานของกระบวนการฟื้นคืนสู่สภาวะของความเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากการฟื้นคืนสู่สภาวะขึ้นอยู่กับความคิดที่ว่า ผู้ป่วยปรารถนาที่จะดีขึ้น (Acharya & Agius, 2017)

#### 4. กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน

เพื่อเป็นการยืนยันว่าการปฏิบัติตามบทบาทยพยาบาลสามารถส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนได้ ผู้เขียนซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน ในฐานะการพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จึงได้วิเคราะห์การปฏิบัติตามบทบาทยพยาบาลในส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน โดยใช้ผู้ป่วยเป็นกรณีศึกษาเพื่อศึกษาบทบาทที่ได้ปฏิบัติและผลสำเร็จที่ได้รับ ดังกรณีศึกษาเป็นเพศชาย อายุ 38 ปี วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (paranoid schizophrenia) ประกอบอาชีพเป็นมอเตอร์ไซด์รับจ้าง อาศัยอยู่กับมารดาและภรรยา มีลูกชาย 1 คน ผู้ป่วยเป็นคนหารายได้หลักให้กับครอบครัว ภรรยาเลี้ยงลูกอยู่ที่บ้าน มีความเครียดเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ดื่มเหล้าสูบบุหรี่เป็นบางครั้ง รับประทายยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจาก คิดว่าอาการทางจิตดีขึ้นแล้ว อีกทั้งยาทำให้วังและไม่สามารถออกไปขับรถมอเตอร์ไซด์รับจ้างได้จึงไม่มีความจำเป็นต้องรับประทายยาต่อเนือง

4.1 ประวัติการเจ็บป่วย: ป่วยด้วยโรคจิตเภทมานาน 13 ปี โดยเริ่มจากมีอาการหูแว่ว ได้ยินเพื่อนบ้านพูดคุยว่าจะมาทำร้าย หวาดระแวงมารดา หงุดหงิดง่าย มักทำลายข้าวของเมื่อไม่พอใจ ปัจจุบันญาติพาไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง แต่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยให้เหตุผลว่า อาการของตนเองดีขึ้นแล้ว หลังจากรับประทานยาทำให้วังงวิม บางวันวังงวิมมากจนไปขับมอเตอร์ไซด์รับจ้างไม่ไหว มารดามักตำหนิว่า ชี้เกียจ ไม่ช่วยงานบ้าน ผู้ป่วยสูบบุหรี่วันละ 5 – 6 มวน ดื่มสุรา สัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง ช่วงเย็นคนเดียว กลไกทางจิตที่ใช้เป็นประจำคือ 1) การแทนที่ (displacement) เมื่อไม่พอใจมารดา ก็จะทำลายข้าวของ 2) การเก็บกด (suppression) เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายภายในบ้าน ผู้ป่วยเลือกที่จะแยกตัวและเก็บไว้คนเดียว ไม่เอาไปปรึกษาหรือพูดคุยกับใคร 3) โทษผู้อื่น (projection) ผู้ป่วยมักโทษภรรยาว่า ไม่ยอมทำงาน ทำให้ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัวคนเดียว จนเครียดจึงทำให้ต้องไปดื่มสุราคนเดียวอยู่บ่อยครั้ง 4) พฤติกรรมถดถอย (regression) คือ จากที่ดูแลตัวเองได้ดี รับผิดชอบตัวเองได้ ก็เปลี่ยนเป็นไม่สนใจกิจวัตรประจำวันที่เคยปฏิบัติ

4.2 สรุปผลการตรวจสภาพจิต (mental status examination): จากการตรวจสภาพจิตพบว่า มีความผิดปกติด้านการรับรู้ทางการได้ยิน (auditory hallucination) ได้ยินเสียงเพื่อนบ้านนินทาใส่ร้ายว่าเป็นชโหมย และมีความผิดปกติด้านความคิด โดยคิดว่าเพื่อนบ้านจะทำร้ายโดยการทำให้ของใส่ (persecutory delusion) ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคทางจิตเวช ปรับลดยาเอง ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาโดยให้เหตุผลว่า อาการหายดีแล้ว ยาทำให้ปากแห้ง คอแห้ง และทำให้วังงวิม บางครั้งวังงวิมมากจนไปทำงานไม่ไหว (partial insight) ผู้ป่วยไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อ เพราะรู้สึกชีวิตมีแต่ปัญหาและหาทางออกไม่ได้

4.3 สรุปอาการปัจจุบันของผู้ป่วยและการรักษา: ผู้ป่วยชายรูปร่างผอม สวมเสื้อผ้าสะอาด มีกลิ่นตัว ผอมไม่สะอาด รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ให้ความร่วมมือในการพูดคุยดี มีอาการหลงผิดคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย และมีอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน คือ ได้ยินเสียงเพื่อนบ้านนินทาใส่ร้ายว่าเป็นชโหมย ได้รับการรักษาเป็น Chlorpromazine และ Trihexyphenidyl

4.4 ปัญหาที่พบเมื่ออยู่บ้านและชุมชน 1) เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้ 2) สัมพันธภาพบกพร่องเนื่องจากมีภาวะหวาดระแวง 3) ไม่สุขสบายเนื่องจากผลข้างเคียงยาทางจิตเวช 4) เสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำเนื่องจากพร่องความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาทางจิตเวช และ 5) เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเนื่องจากเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ

## 5. การประยุกต์ใช้บทบาทของพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน

จากกรณีศึกษาข้างต้น สามารถประยุกต์ใช้บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน และประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติ ดังนี้

## 5.1 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

5.1.1 ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยว่ามีการรับรู้อยู่ในระดับใด โดยการประเมินสภาพจิตในส่วนของการรับรู้ตนเอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองในระดับ Partial Insight คือ รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองเป็นบางส่วน ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคจิตเวช คิดว่าอาการดีขึ้นจึงไม่รับประทานยาต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ตนเองเป็น และยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษา ซึ่งนับเป็นอุปสรรคในการฟื้นคืนสู่สภาวะ พยาบาลได้ปฏิบัติตามบทบาทเพื่อฟื้นคืนสู่สภาวะ ดังนี้

5.1.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง โดยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่ามีอะไรบ้าง และอาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของตนเองอย่างไร พบว่า ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าตนเองหวาดระแวงเพื่อนบ้านคิดว่าเพื่อนบ้านจะทำของใส่ และระแวงมารดาคิดว่ามารดาจะแจ้งตำรวจจับ ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองและมารดาแย่ง และสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนบ้านไม่ดี ซึ่งผู้ป่วยไม่ยอมมีความรู้สึกแบบนี้

5.1.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความผิดปกติของอาการทางจิตของตนเองที่เกิดขึ้น เช่น อาการประสาทหลอนทางการได้ยินและความคิดหลงผิด ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตและการอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน โดยให้ผู้ป่วยทบทวนและวิเคราะห์ว่าเกิดจากสาเหตุใด กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ความผิดปกติที่เกิดขึ้น สอนให้ผู้ป่วยสามารถรู้เท่าทันอาการผิดปกติ เพื่อสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยได้ทบทวนและวิเคราะห์ตนเองและพบว่า ตนเองมีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับมารดาและเพื่อนบ้านเป็นประจำ เพราะตนมีความคิดหวาดระแวง อาการที่เกิดขึ้นเป็นความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้น สามารถแก้ไขได้โดยการรับประทานยารักษาอาการทางจิตต่อเนื่อง ไม่หยุดหรือปรับลดยาเอง รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานยา ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ยังมีทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานยาไม่เหมาะสม แต่เมื่อผู้ป่วยได้ทบทวนผลกระทบที่เกิดจากการไม่รับประทานยาที่ผ่านมา ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ายาที่มีประโยชน์ทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะรับประทานยาทุกวัน

## 5.2 การจัดการตนเอง

5.2.1 ส่งเสริมทักษะการควบคุมตนเองในการรับประทานยาให้ต่อเนื่อง กำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง คือ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และมีการเตือนตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมมารับประทานยาในทุกวัน และแนะนำให้ผู้ป่วยมีการเสริมแรงทางบวกให้กับตนเองหากสามารถทำตามแผนที่วางไว้ได้ แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยทำตารางการรับประทานยาประจำวันและมีการปฏิบัติตามตารางที่กำหนด ซึ่งผู้ป่วยรายนี้สามารถกำหนดพฤติกรรมตนเองตามเป้าหมายได้โดยมีแรงเสริมที่สำคัญคือ การไม่เกิดอาการทางจิตที่เป็นสาเหตุให้มีปัญหากับมารดาและภรรยา

5.2.2 ส่งเสริมทักษะการจัดการกับอาการหว่ว โดยพยาบาลประเมินอาการทางจิตที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยทั้งความถี่ และตัวกระตุ้น พร้อมใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยการให้ “ความจริง” (presenting reality) เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ไม่ใช่เสียงจริง และสอนวิธีการจัดการกับอาการหว่วที่เกิดขึ้น เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การมีสติรู้เท่าทันเสียงที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยรายนี้

ได้ยินเสียงคนมีคุยข้าง ๆ หู บางครั้งได้ยินเสียงเพื่อนข้างบ้านกำลังนินทา อาการนี้เกิดขึ้นเมื่อไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยสามารถแยกได้ว่าเสียงที่ได้ยินเป็นเพียงเสียงหูแว่ว ไม่ได้มีเสียงนั้นจริง ๆ และมุ่งมั่นที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หากเกิดอาการหูแว่วอีกผู้ป่วยเลือกวิธีการร้องเพลงออกมา และพูดคุยกับภรรยาในเรื่องอื่น ๆ เพื่อเป็นการจัดการอาการหูแว่ว หากทำทุกอย่างแล้วอาการไม่ดีขึ้นก็จะให้ครอบครัวพาไปพบแพทย์

### 5.3 ด้านการส่งเสริมกิจวัตรประจำวัน

5.3.1 ทักษะการดูแลตนเอง เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรักษาความสะอาดของร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า การรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้องทุกมื้อ การขับถ่ายเป็นเวลาและถูกสุขลักษณะ การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม เข้านอนเป็นเวลาทุกวัน เป็นต้น พยาบาลประเมินสาเหตุของการไม่สนใจในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยว่าเกิดจากอาการเรื้อรังของผู้ป่วยหรือจากฤทธิ์ของยาทางจิต และกระตุ้นหรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยของตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นผลกระทบที่เกิดจากการไม่ดูแลสุขอนามัยของตน และให้ผู้ป่วยได้ทำตารางกิจวัตรของตนเองในแต่ละวันร่วมกับครอบครัว รวมทั้งกำหนดเวลาสำหรับการพักผ่อนหรือใช้เวลาทำกิจกรรมกับครอบครัว พบว่าผู้ป่วยรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการไม่ดูแลตนเองจึงสนใจในกิจวัตรของตนเองมากขึ้น มีการกำหนดเวลาทุกเย็นหลังกลับจากขับมอเตอร์ไซด์รับจ้างจะอาบน้ำทันที ช่วยภรรยาเลี้ยงลูก และทำอาหารกับครอบครัว

5.3.2 ส่งเสริมทักษะการอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหากับมารดา ภรรยา และเพื่อนบ้าน จะเห็นได้จากการทะเลาะกันภายในครอบครัวเป็นประจำ และมีความคิดว่าเพื่อนบ้านจะทำร้ายด้วยการทำของใส่ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น พยาบาลได้ส่งเสริมการด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและบุคคลอื่น ๆ โดยการ ประเมินความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นว่ามีลักษณะอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคกับผู้อื่นในเรื่องใด ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ปกติจะเก็บตัว ไม่ยุ่งกับใคร เพราะระแวงว่าเพื่อนบ้านพูดถึงตนเองในทางที่ไม่ดีและจะทำของใส่ ส่วนสัมพันธ์ภาพกับมารดาและภรรยาไม่ได้ส่งผลให้ทะเลาะกันบ่อย ๆ ในครอบครัว พยาบาลได้แนะนำการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา การเปิดใจ ความเป็นมิตร และสะท้อนในสิ่งดีของคนที่เราสนทนาด้วย สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องโดยชมเชยและให้กำลังใจ ผลลัพธ์ของผู้ป่วยรายนี้พบว่า สามารถสื่อสารกับพยาบาลได้ดีขึ้นจากครั้งแรก ผู้ป่วยมั่นใจที่จะคุยด้วยและมีการแลกเปลี่ยนเรื่องราวของตนเองมากขึ้นด้วยสีหน้าและแววตาที่เป็นมิตร

### 5.4 การสนับสนุนทางสังคม

ผู้ป่วยเป็นคนหารายได้หลักให้กับครอบครัว มีความเครียดเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว จึงดื่มเหล้าสุบุนห์และมีความคิดฆ่าตัวตาย พยาบาลจึงเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและเล่าปัญหาทั้งหมด โดยพยาบาลให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้รับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยรู้สึกเครียดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายภายในบ้านที่ไม่เพียงพอ รู้สึกง่วงมากจนออกไปขับมอเตอร์ไซด์รับจ้างไม่ไหว ทำให้ต้องสุบุนห์และดื่มสุราเพื่อคลายเครียด เพราะรู้สึกว่ตนเองไร้ค่าและไม่มีคนที่คอยรับฟัง พยาบาล

กระตุ้นให้ครอบครัวได้สะท้อนความรู้สึก และได้แสดงออกถึงความเห็นใจ ความห่วงใยของครอบครัว และร่วมกันวางแผนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคจิตเภท และแหล่งขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดความรู้สึกเครียด หรือเมื่อต้องการปรึกษา เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้าน เป็นต้น

พยาบาลประสานกับภาคีในชุมชนทั้ง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้าน หน่วยสนับสนุน ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีในชุมชน เพื่อร่วมกันหาแนวทางการช่วยเหลือทั้งด้านอาชีพ การหารายได้เสริม หรือการมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับชุมชน เพื่อกระตุ้นความรู้สึกการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อีกทั้งส่งเสริมให้เกิดระบบเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยพยาบาลจัดให้มี “กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” ที่พบปะกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้ยา การจัดการอาการ หรือวิธีรับมือกับความเครียดในชีวิตประจำวัน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง และเกิดความหวังในการฟื้นตัว นอกจากนี้ พยาบาลได้ร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนวางแผนการรับมือภาวะวิกฤติ โดยให้ครอบครัวมีบทบาทในการสังเกตสัญญาณเตือน เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด แยกตัว หรือมีความคิดทำร้ายตนเอง กำหนดแนวทางการขอความช่วยเหลือจากอาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพ ในการพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ส่วนชุมชนมีบทบาทในการเยี่ยมติดตาม และสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้หากเกิดภาวะวิกฤติรุนแรง เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ควรไม่ปล่อยผู้ป่วยอยู่ลำพังและนำส่งโรงพยาบาลโดยทันที ซึ่งจากการดำเนินการพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกดีขึ้น เห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว และไม่มีความคิดฆ่าตัวตายอีก

### 5.5 การสร้างความหวัง

พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้และยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง รวมถึงช่วยให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง เพื่อจะได้มีชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการเจ็บป่วยโดยการ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นทั้งสาเหตุ อาการ การดูแลรักษา ผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเวชแต่ไม่แน่ใจว่าเป็นโรคอะไร รักษาโดยการรับประทานยาต่อเนื่อง พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ และให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการรักษาของตนเองว่าอยากให้เกิดผลลัพธ์ในรูปแบบใด ข้อดีข้อเสียจากวิธีการที่เลือกคืออะไร รวมทั้งให้ผู้ป่วยกำหนดขั้นตอนวิธีการไปสู่เป้าหมายอย่างชัดเจน พยาบาลกระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อไปสู่เป้าหมายของผู้ป่วย พูดคุยให้กำลังใจกันภายในครอบครัว ผู้ป่วยรายนี้รับรู้ถึงตนเองเป็นโรคจิตเภท ซึ่งอาจเกิดมาจากการเคยใช้สารเสพติดและมีความเครียดสะสมเป็นเวลานาน มีความจำเป็นต้องรับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและมีความตั้งใจที่จะไม่หยุดรับประทานยา หรือปรับลดยาเอง เพราะมีความหวังว่าอาการทางจิตที่เกิดขึ้นจะหายไปหรือสามารถควบคุมอาการได้ และสามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม ผู้ป่วยวางแผนที่จะรับงานเป็นไรเดอร์รับส่งอาหารเพิ่มเติมเพื่อหารายได้ให้กับครอบครัวมากขึ้น ส่วนมารดาและภรรยาของผู้ป่วยจะช่วยผู้ป่วยในการหารายได้เพิ่มโดยการเปิดร้านขายอาหารตามสั่งในหมู่บ้าน ผู้ป่วยมีความหวังให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้นเพราะอยากเห็นลูกสาวมีชีวิตที่ดีและเติบโตในครอบครัวที่ดี

จากการประยุกต์ใช้บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยรายนี้ พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคของตนเองดีขึ้น มีความสามารถในการจัดการอาการหว่ว มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างสม่ำเสมอ มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความเครียดดีขึ้น รมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้น และไม่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ สะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะในกรณีศึกษานี้ประสบความสำเร็จ โดยอธิบายได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอของพยาบาล การให้การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรับรู้ปัญหาและให้การสนับสนุนทางอารมณ์ รวมทั้ง การมีเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเอง รวมถึงการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองและการมีเป้าหมายในชีวิต ที่ชัดเจนยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและมีพลังในการฟื้นฟูตนเอง

### สรุป

พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมกิจวัตรประจำวัน การใช้ยาตามแผนการรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง การสร้างความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเอง จัดการอาการ และดำรงชีวิตได้อย่างมีความหมายในสังคม รวมถึงส่งเสริมบทบาทของครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการดูแลในชีวิตประจำวัน การเฝ้าระวังอาการกำเริบ การมีบทบาทในครอบครัว หรือการทำงานตามศักยภาพ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมทางสังคม ดังนั้น พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทในการเสริมสร้างศักยภาพ ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้งสนับสนุนการมีส่วนร่วมในชุมชนผ่านการดำเนินงานเชิงรุก เพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะอย่างยั่งยืน ลดการกลับเป็นซ้ำ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

### เอกสารอ้างอิง

- Acharya, T., & Agius, M. (2017). The importance of hope against other factors in the recovery of mental illness. *Psychiatria Danubina*, 29(Suppl 3), 619-622.
- Correll, C. U., Stanford, A. D., Claxton, A., Du, Y., & Weiden, P. J. (2019). Social and functional outcomes with two doses of aripiprazole lauroxil vs placebo in patients with schizophrenia: A post-hoc analysis of a 12-week phase 3 efficacy study. *Psychiatry Research*, 274, 176-181. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.021>
- Department of Mental Health. (2024). *Statistics of important psychiatric services*. Ministry of Public Health. <https://catalog.dmh.go.th/dataset/service-important/resource/ab4d0f7c-e45d-4b7f-af59-811682ce4ab9> (in Thai)

- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 141-158. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6>
- Harfush, S. A. E.-M. A. E.-G., & Gemeay, E. M. (2017). Perceived social support and medication compliance among patients with psychiatric disorders. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 4(3), 157-169.
- İpçi, K., Yildiz, M., İncedere, A., Kiras, F., Esen, D., & Gürcan, M. B. (2020). Subjective recovery in patients with schizophrenia and related factors. *Community Mental Health Journal*, 56(6), 1180-1187. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00616-5>
- Keshavan, M. S., Collin, G., Guimond, S., Kelly, S., Prasad, K. M., & Lizano, P. (2020). Neuroimaging in schizophrenia. *Neuroimaging Clinics of North America*, 30, 73-83. <https://doi.org/10.1016/j.nic.2019.09.007>
- Kumar, S., & Mohanty, S. (2016). Factors associated with self-esteem in patients with chronic schizophrenia. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 23, 56-60.
- Lean, M., Fornells-Ambrojo, M., Milton, A., Lloyd-Evans, B., Harrison-Stewart, B., Yesufu-Udechuku, A., & Johnson, S. (2019). Self-management interventions for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214(5), 260-268. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.54>
- Lotrakul, M., & Sukanich, P. (2015). *Ramathibodi essential psychiatry*. (4<sup>th</sup> ed.). Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (in Thai)
- Phongsatornsakun, D., & Dangdomyouth, P. (2020). The effect of recovery oriented program on quality of life of schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 34(2), 169-187. (in Thai)
- Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekeyom, S., & Mills, A. C. (2018a). Living with schizophrenia in rural communities in North-East Thailand. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1481-1489. <https://doi.org/10.1111/inm.12448>
- Rujkorakarn, D., Jundeekeyom, S., & Sriprasarn, C. (2018b). Factors influencing daily living of male schizophrenia in Northeastern Community. *Research and Development Health System Journal*, 11(1), 268-276. (in Thai)
- Seechiangsa, K., Kanjanasilp, J., & Suttiruksa, S. (2019). Development of the system for caring Schizophrenic patients in community by multidisciplinary team of health network of Amphoe Ban Thaen, Chaiyaphum Province. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 11(2), 457-462. (in Thai)

- Tan, B. L., Zhen Lim, M. W., Xie, H., Li, Z., & Lee, J. (2020). Defining occupational competence and occupational identity in the context of recovery in schizophrenia. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(4), 7404205120p1-7404205120p11. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.034843>
- Taylor, M., & Jauhar, S. (2019). Are we getting any better at staying better? The long view on relapse and recovery in first episode nonaffective psychosis and schizophrenia. *Therapeutic advances in Psychopharmacology*, 9, 2045125319870033. <https://doi.org/10.1177/2045125319870033>
- Tungpunkom, P. (2017). *Nursing care for persons with schizophrenia*. Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)
- Wijitpanya, A., Pholdechawat, S., & Suntarowit, N. (2018). The illness self-management program for patients' self care ability: Research and development. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 32(1), 86–101. (in Thai)
- Woottiluk, P. (2019). *Nursing care for patients with schizophrenia: Roles and processes* (2<sup>nd</sup> ed.). Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)
- World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- Wuthironarith, W. (2017). Promoting medication adherence in persons with schizophrenia in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 31(1), 1-12. (in Thai)
- Yu, Y., Xiao, X., Yang, M., Ge, X. P., Li, T. X., Cao, G., & Liao, Y. J. (2020). Personal recovery and its determinants among people living with schizophrenia in China. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 602524. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.602524>



## 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  
☐ บทคัดย่อภาษาอังกฤษ 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 ก่อนที่จะส่งมา  
ตีพิมพ์ในวารสาร (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>

