



วารสารพยาบาลสาธารณสุข JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568 Vol.39 No.2 May - August 2025



วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 39 ฉบับที่ 2

Vol. 39 No. 2

ISSN 3057-014X (Print)

พฤษภาคม – สิงหาคม 2568

May – August 2025

ISSN 3057-0158 (Online)

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

1. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกายของบุคลากรโรงพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดสมุทรปราการ

3. ผลของโปรแกรมประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ของพนักงานในสถานประกอบการ

4. ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร

5. การจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียง

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษา ค้นคว้า และผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดทางวิชาการ การพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการระหว่างวิชาชีพด้านสุขภาพและผู้สนใจทั่วไป

คณะที่ปรึกษา

ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ.ดร.พรพิมล กองทิพย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
รศ.จรรยา เสี่ยงเสนาะ	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
ดร.อมริสา ตันสถิตย์	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
ดร.กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
ผศ.ดร.ทัศนีย์ รวีวรกุล	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

บรรณาธิการ

รศ.ดร.พัชรภาพร	เกิดมงคล	มหาวิทยาลัยมหิดล
----------------	----------	------------------

บรรณาธิการร่วม

รศ.ดร.ขวัญใจ	อำนาจสัตย์ชื่อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.เพลินพิศ	บุญยมาลิก	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.ลลิตา	แก้ววิไล	มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการประจำฉบับ

รศ.ดร.พัชรภาพร	เกิดมงคล	มหาวิทยาลัยมหิดล
----------------	----------	------------------

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.สุนีย์	ละกำป็น	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.สุรินธร	กัลัมพากร	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.นพวรรณ	เปียชื่อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.กนกวรรณ	สุวรรณปฏิกรณ์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ดร.มล.อาบกนก	ทองแถม	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
รศ.ดร.สุธีพร	มูลศาสตร์	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ผศ.ดร.นาตา	ลัคนหทัย	Johns Hopkins University
รศ.ดร.จินตนา	อาจสันเทียะ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ผศ.ดร.กรรณิการ์	ฉัตรดอกไม้ไพร	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
รศ.ดร.ชุลีกร	ด้านยุทธศิลป์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.ยุวดี	วิทย์พันธ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผศ.ดร.อารมณทิพย์	บัวเพ็ชร	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร.ดาว	เวียงคำ	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.เบญจมาศ	พิลายนต์	มหาวิทยาลัยนครพนม
ผศ.ดร.นิตากร	กรุงไกรเพชร	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.นรลักษณ์	เอื้อกิจ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.ทัศนีย์	อรรณารส	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บทบรรณาธิการ

เรียนสมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน วารสารพยาบาลสาธารณสุขฉบับนี้ ซึ่งเป็นปีที่ 39 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2568 วารสารพยาบาลสาธารณสุขฉบับนี้นำเสนอบทความวิจัยที่เป็นประเด็นสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและการสาธารณสุข ประกอบด้วย (1) ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกายของบุคลากรโรงพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี (2) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดสมุทรปราการ (3) ผลของโปรแกรมประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการ (4) ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร (5) การจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียง

วารสารพยาบาลสาธารณสุข เป็นวารสารวิชาการระดับชาติที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI มีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเป็นผู้ประเมินแต่ละบทความและงานวิจัย ซึ่งเป็นการประเมินแบบปกปิด (Double-blind peer review) ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านไว้ ณ ที่นี้ นอกจากนี้วารสารมีระบบจริยธรรมในการเผยแพร่บทความตามเกณฑ์มาตรฐานของการเผยแพร่งานวิจัยของสภาการวิจัยแห่งชาติ พ.ศ.2558 และตามประกาศศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยมีผลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566

กองบรรณาธิการขอเชิญชวนผู้สนใจส่งผลงานมาตีพิมพ์เผยแพร่ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn> ของวารสารและสอบถามเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่วารสาร โทร 095-7013182 และขออำนวยการให้ทุกท่านมีความสุข สุขภาพแข็งแรง มีพลังในการทำงาน และแคล้วคลาดปลอดภัยทุกประการเทอญ

รศ.ดร.พัชรพร เกิดมงคล

บรรณาธิการประจำฉบับที่ 2

เดือนพฤษภาคม - เดือนสิงหาคม 2568

สารบัญ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2568

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING Vol. 39 No.2 May – August 2025

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

หน้า

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้าน การยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียด กล้ามเนื้อ ต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการ ปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และ สมรรถภาพทางกายของบุคลากร โรงพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจาก การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยา อภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี	The Effects of an Ergonomic Education Program Combined with Muscle Stretching on Preventive Behaviors, Muscle Pain, and Physical Fitness among Hospital Staff with Work-related Musculoskeletal Pain at Chaophraya Abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi Province	1
ปราณี ผลมานะ วัชรวีร์ วชิรพันธ์ธรรม	Pranee Phonmana Watcharawee Wachiraphantham	
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกัน การติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดสมุทรปราการ	Factors predicting behavior to prevent opportunistic infections among people living with HIV in Samut Prakan Province	22
วีระยา รุ่งเรียนกิจ ลลิตา แก้ววิลัย ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ	Wiraya Rumrienkit Lalita Kaewwilai Kwanjai Amnatsatsue	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย		หน้า
ผลของโปรแกรมประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเลิก บุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการ	Effect of program applying motivational interviewing on smoking cessation behavior among workers in a manufacturing company	38
ศรินันท์ อินสำราญ เพลินพิศ บุญยมาลิก สุรินทร์ กลัมพากร	Sirinan Insamran Plernpit Boonyamalik Surintorn Kalampakorn	
ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร	Mental Health Literacy Among Older Adults in Bangkok	54
ณัทวดี โกอิสทินันท์ ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ เพลินพิศ บุญยมาลิก	Nutwadee Koistinen Kwanjai Amnatsatsue Plernpit Boonyamalik	
การจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก	Management of Violence in the Emergency Department A government hospital in the eastern region	68
จริยา กิตติดิлок สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล ยศพล เหลืองโสมนภา	Jariya Kittidilok Somjai Puttpitukpol Yotsaphon Luengsomnapa	

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ	78
ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข	85
แบบฟอร์มขอส่งผลงานวิจัย/บทความ	86
หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ	87

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ
ต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ
และสมรรถภาพทางกายของบุคลากรโรงพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ
จากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ปราณี ผลมานะ*
วัชรวีร์ วชิรพันธ์ธรรม**

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ เป็นปัญหาที่พบมากที่สุดในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกายของบุคลากรโรงพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดการยศาสตร์ร่วมกับการใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล ใช้วิธีวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียว โดยวัดผลก่อน-หลังการทดลอง (One Group Pretest - Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรโรงพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวน 106 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ร่วมกับการได้รับคู่มือการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานที่ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และแบบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนของความรู้ด้านการยศาสตร์ เท่ากับ 0.79 และในส่วนของพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผล ก่อน-หลัง การทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ และค่าเฉลี่ยผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย ด้านความอ่อนตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 26.59, p\text{-value} < 0.001$; $t = 21.66, p\text{-value} < 0.001$; $t = 11.70, p\text{-value} < 0.001$; $t = 12.59, p\text{-value} < 0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้อ ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -20.43, p\text{-value} < 0.001$) จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อมีผลทำให้ความรู้ด้านการยศาสตร์และพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลงไปในทางดีขึ้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อทำให้อาการปวดกล้ามเนื้อดีขึ้น สมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อดีขึ้น บุคลากรด้านสุขภาพหรือกลุ่มอาชีพอื่นที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกันสามารถนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ได้

คำสำคัญ: ความรู้ด้านการยศาสตร์ / การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ / อาการปวดกล้ามเนื้อ / บุคลากรโรงพยาบาล

วันที่รับบทความ: 19 กุมภาพันธ์ 2568; วันที่แก้ไขบทความ: 17 สิงหาคม 2568; วันที่ตอบรับบทความ: 17 สิงหาคม 2568

* ผู้รับผิดชอบหลัก : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, E-mail:aor.n.occ.518@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

The Effects of an Ergonomic Education Program Combined with Muscle Stretching on Preventive Behaviors, Muscle Pain, and Physical Fitness among Hospital Staff with Work-related Musculoskeletal Pain at Chaophraya Abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi Province

Pranee Phonmana*

Watcharawee Wachiraphantham**

ABSTRACT

Health problems caused by ergonomic hazards are the most common health issues affecting personnel at Chaophraya Abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi Province. This quasi-experimental study aimed to examine the effects of an ergonomics education program combined with muscle stretching on preventive behaviors, muscle pain, and physical fitness among hospital staff experiencing work-related musculoskeletal pain. The intervention was developed based on ergonomic principles and the nursing system theory. A one-group pretest-posttest design was employed, involving 106 hospital personnel selected through simple random sampling. The intervention included an ergonomics education program combined with muscle stretching, conducted once a week for four weeks, together with the provision of the ergonomics and stretching education manual, and the weekly nursing supervision to support correct ergonomics practices. Data collection tools included a questionnaire on ergonomics knowledge, a scale for assessing preventive behaviors, a muscle pain symptom record, and a physical fitness test record. Instrument validity was confirmed by five experts, and reliability coefficients were 0.79 for the knowledge questionnaire and 0.96 for the preventive behavior scale. Descriptive statistics and paired t-tests were used to analyze the data.

The results showed statistically significant improvements in participants' ergonomics knowledge, preventive behaviors, flexibility, and muscle strength after the intervention ($t = 26.59, p < 0.001$; $t = 21.66, p < 0.001$; $t = 11.70, p < 0.001$; $t = 12.59, p < 0.001$, respectively). Additionally, muscle pain symptoms significantly decreased ($t = -20.43, p < 0.001$). These findings suggest that the ergonomics education and muscle stretching program effectively enhanced knowledge, promoted preventive behaviors, reduced musculoskeletal pain, and improved physical fitness among hospital personnel. This program can be adapted for use by healthcare professionals and others in similar occupational environments.

Key Words: Ergonomics Education / Muscle Stretching / Muscle Pain / Hospital Personnel

Article info: Received: February 19, 2025, Revised: August 17, 2025, Accepted: August 17, 2025

*Correspondent Author : Professional Registered Nurse, Chaophraya Abhaibhubejhr Hospital, E – mail : aor.n.occ.518@gmail.com

** Professional Registered Nurse, Chaophraya Abhaibhubejhr Hospital

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลเป็นสถานที่ทำงาน ที่มีกระบวนการทำงานหลากหลายและมีกลุ่มบุคลากร โรงพยาบาลปฏิบัติงานต่างสาขาอาชีพปฏิบัติงานร่วมกัน ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพและความไม่ปลอดภัยต่าง ๆ จากการทำงาน ทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยพบว่า สิ่งคุกคามสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ สิ่งคุกคามสุขภาพทางกายภาพ (Physical health hazard) สิ่งคุกคามสุขภาพทางเคมี (Chemical health hazard) สิ่งคุกคามสุขภาพทางชีวภาพ (Biological health hazard) สิ่งคุกคามสุขภาพทางจิตวิทยาสังคม (Psychosocial health hazard) สิ่งคุกคามทางกายศาสตร์ (Ergonomic hazard) และสิ่งคุกคามทางด้านความปลอดภัย (Safety hazard)¹ ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้จัดลำดับการทำงานในโรงพยาบาลเป็นงานที่อันตรายมากที่สุดประเภทหนึ่ง¹ มีรายงานของสถาบันอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute for Occupational Safety and Health: NIOSH) พบว่าผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีอัตราการเกิดการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพในลักษณะเฉียบพลัน (Acute conditions) ที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดในทุกกลุ่มอายุ เพศ เชื้อชาติ และพบว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพในลักษณะเฉียบพลัน (Acute conditions) สูงกว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานในอาชีพอื่น ๆ ถึง 1.5 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีความเสี่ยงที่สูงกว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานอาชีพอื่น ๆ โดยพบปัญหาการบาดเจ็บที่กล้ามเนื้อหลัง (Low-back

injury) ส่วนใหญ่พบในเพศหญิงและมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative Risk) สูงถึง 166 เท่า²

ในประเทศไทยได้มีการรายงานสถานการณ์โรคและสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จากการรวบรวมข้อมูลตามแบบรายงานสถานการณ์โรคและสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (แบบ RAH. 06) ระบบออนไลน์ ข้อมูล ณ วันที่ 16 ตุลาคม 2561 มีโรงพยาบาลรายงานจำนวนทั้งหมด 57 แห่ง เป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 55 แห่ง และนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 2 แห่ง มีจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั้งหมด 45,012 คน ข้อมูลการสัมผัสสิ่งคุกคามของบุคลากรพบว่า โรงพยาบาลมีสิ่งคุกคามสุขภาพปัจจัยด้านการกายศาสตร์มากที่สุด ได้แก่ การยกของหนัก จำนวน 49 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.96 โดยบุคลากรที่มีความเสี่ยง 7,469 คน ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมจำนวน 44 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 77.19 โดยบุคลากรที่มีความเสี่ยง 4,818 คน ซึ่งลักษณะการทำงานที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้ส่งผลต่อความเมื่อยล้าของร่างกายทั้งอาการปวดเมื่อย คอ ไหล่ แขน มือ นิ้วมือ เท้า และปวดหลัง เกิดความเมื่อยล้าสะสมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ปฏิบัติงานในการเกิดการบาดเจ็บของระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูกแบบเรื้อรัง³

สำหรับโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี มีการศึกษาถึงปัญหาสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพบว่า ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการกายศาสตร์เป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด โดยมีอาการปวดบริเวณคอ หรือหัวไหล่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.30 รองลงมามีอาการปวดหลังส่วนล่าง คิดเป็นร้อยละ 49.40 และมีอาการปวดข้อศอก

แขน มือ คิดเป็นร้อยละ 44.40 และยังพบว่าบุคลากรโรงพยาบาลขาดความรู้เรื่องการยศาสตร์⁴ และจากการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ประจำปี 2566 ทั้งหมด 32 หน่วยงาน พบว่า ทุกหน่วยงานมีปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ โดยพบสิ่งคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์จากการปฏิบัติงานยกและเคลื่อนย้ายวัสดุด้วยแรงกายมากที่สุด ถึงร้อยละ 93.75 รองลงมาเป็นการปฏิบัติงานหรือลักษณะงานซ้ำ ๆ ร้อยละ 65.63 และจากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา หน่วยงานที่ต้องได้รับการแก้ไขปัญหাসภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์อย่างรวดเร็วมี 7 หน่วยงาน ได้แก่ กลุ่มงานห้องผ่าตัด กลุ่มงานวิสัญญี หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด หอผู้ป่วยสูติศาสตร์ หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหน่วยไตเทียม⁵ นอกจากนี้ยังมีการศึกษา พบว่า แผนกงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.026$) ซึ่งควรต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว⁶ การดูแลสุขภาพบุคลากรโดยการจัดบริการอาชีวอนามัยแก่บุคลากรในโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขควรมีระบบในด้านการบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่ดี เพื่อเป็นตัวช่วยแก่ประชาชนในกลุ่มอาชีพอื่น ๆ² ตามนโยบายการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล 3P Safety ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เกิดความปลอดภัยทั้งในผู้ป่วย (Patient) บุคลากร (Personnel) และสังคม (People and Public)⁷ ถ้าบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีความปลอดภัย ก็จะไม่สามารถส่งต่อบริการดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย และสังคมได้⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาคความ

ผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการปฏิบัติงานที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงทางด้านกายศาสตร์ พบว่า สำนักงานบริหารความปลอดภัยในการทำงานและอาชีวอนามัยแห่งสหภาพยุโรป (European Agency for Safety and Health at Work) ได้รายงานมาตรการป้องกันความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ตั้งแต่ความรู้สึกรู้สึกไม่สบายไปจนถึงการมีอาการเจ็บปวด ดังนี้ 1. มาตรการขององค์กร เช่น การปรับเปลี่ยนชั่วโมงการทำงาน 2. มาตรการด้านเทคนิควิศวกรรม หรือทางกายศาสตร์ เช่น การออกแบบสถานีงานใหม่ ปรับลักษณะโต๊ะและเก้าอี้ทำงาน ออกแบบเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยในการทำงานต่าง ๆ ใหม่ อุปกรณ์ช่วยยกและขนย้ายสำหรับการจัดการวัสดุ 3. มาตรการส่วนบุคคล โดยการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล 4. มาตรการทางพฤติกรรม โดยการฝึกอบรมวิธีการทำงานตามหลักกายศาสตร์ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างจริงจัง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์⁹ และมีข้อมูลสนับสนุนจากการศึกษา พบว่า หลังจากคนงานทอผ้าด้วยมือ ได้รับโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ อาการปวดเมื่อยหลังลดลงและสมรรถภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ และยังมีการศึกษาพบว่า พยาบาลที่เป็นกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อไมโอแฟเชียล (Myofascial Pain Syndrome (MPS)) หลังจากเข้าโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและปรับพฤติกรรมตามหลักกายศาสตร์เป็นเวลา 2 สัปดาห์ มาตรการวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analogue scale : VAS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาที่พบว่า การให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ ได้แก่ ความรู้ด้านท่าทางการปฏิบัติงานที่เหมาะสม การจัดสภาพแวดล้อม การปฏิบัติงานให้ถูกหลักกายศาสตร์ และการออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียด โดยใช้เวลา 30 - 45

นาที่/ครั้ง สามารถเพิ่มความรู้อัตนคติ ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อได้¹²

ผู้วิจัยในฐานะปฏิบัติหน้าที่พยาบาลอาชีวอนามัย มีบทบาทสำคัญในการจัดระบบด้านบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแก่บุคลากรในโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเกิดความปลอดภัยจากการปฏิบัติงานและมีภาวะสุขภาพดี สามารถดูแลตนเองในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและสามารถส่งต่อบริการดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยและสังคมได้ จึงนำการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อมาประยุกต์เป็นโปรแกรมร่วมกัน โดยใช้แนวคิดการยศาสตร์¹³ ร่วมกับการใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดทฤษฎีของโอเรียม¹⁴ มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ภายใต้เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle)¹⁵ และศึกษาผลของโปรแกรมฯ เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการบริหารจัดการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอาการปวดกล้ามเนื้อของบุคลากรโรงพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ตลอดจนนำไปเป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสุขภาพหรือกลุ่มอาชีพอื่นที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่อ

พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกายของบุคลากรโรงพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

สมมติฐานการวิจัย

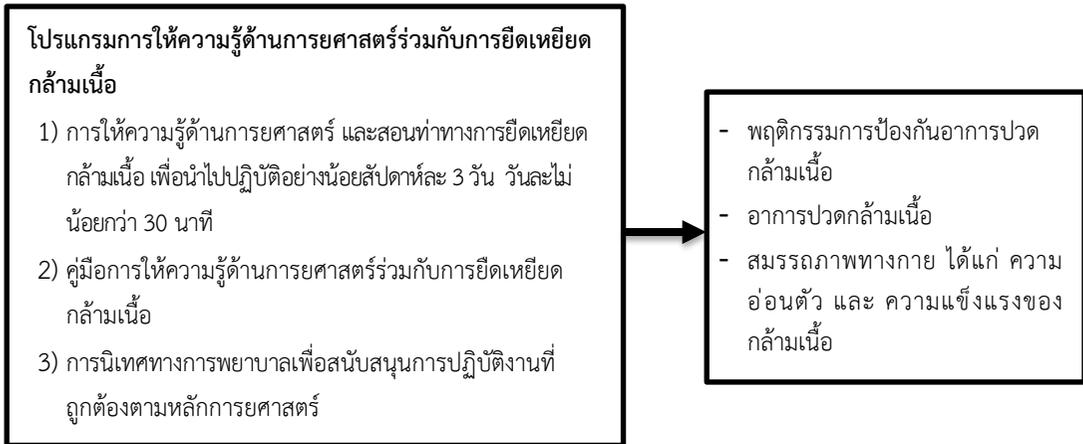
หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ บุคลากรโรงพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร มีความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรม การป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ ความอ่อนตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการยศาสตร์ ซึ่งอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานและสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ต้องมีการปรับให้เหมาะสม¹³ ร่วมกับการใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดทฤษฎีของโอเรียม เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของบุคคลนั้น ๆ โดยการสนับสนุนและให้ความรู้ (Education supportive) ได้แก่ การชี้แนะ (Guiding) การสนับสนุน (Supporting) การสอน (Teaching) และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (Providing an environment)¹⁴ ในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว โดยใช้การวัดผลแบบก่อน-หลังการทดลอง (One Group Pretest - Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่พบความเสี่ยงทางสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว 7 หน่วยงาน ได้แก่ กลุ่มงานห้องผ่าตัด กลุ่มงานวิสัญญี หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด หอผู้ป่วยสุวิทนา หอผู้ป่วยธเนศวร หอผู้ป่วยกุมารเวช และหน่วยไตเทียม ซึ่งประกอบด้วยประชากรทั้งหมด 144 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยได้รับโปรแกรมสำเร็จรูป G*power^{16,17} วิเคราะห์ข้อมูลสถิติ t-test คำนวณค่าเฉลี่ยหนึ่งกลุ่ม ทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One-

tailed test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.30 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง^{18,19} ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 64 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 77 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อาจเข้าร่วมวิจัยได้ไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 29 คน ตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามหน่วยงาน ได้กลุ่มตัวอย่างร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 106 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากจากการทำรายชื่อประชากรทั้งหมด²⁰ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 106 คน โดยพิจารณาจากเกณฑ์ ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นบุคลากรโรงพยาบาลที่ได้รับการประเมิน (Assessment) โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยสอบถามระดับความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และ

มีอาการปวดระหว่างระดับ 1 ถึง 6 2) ไม่มีปัญหาและอุปสรรคในการร่วมกิจกรรมของงานวิจัย เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การทดสอบสมรรถภาพทางกาย 3) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร อย่างน้อย 6 เดือน 4) สมครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีอาการปวดกล้ามเนื้อกำเริบระหว่างการทำวิจัยทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมของงานวิจัยต่อไปได้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (หนังสือรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB – BHUBEJHR – 335 วันที่รับรอง 27 กันยายน 2567) การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า การบันทึกข้อมูลจะไม่ระบุชื่อข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะ การศึกษาเท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม และจะทำลายเอกสารทั้งหมดหลังจากสิ้นสุดการวิจัยภายใน 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จากบททวนวรรณกรรม ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1.1 แผนการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ และสอนท่าทางการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เพื่อนำไปปฏิบัติอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละไม่น้อยกว่า 30 นาที

1.2 คู่มือการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวทาง ชุดการเรียนรู้ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยด้านการยศาสตร์²¹ และคู่มือการประเมินความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานของบุคลากรในโรงพยาบาล² ประกอบด้วย 7 บท ดังนี้ บทที่ 1 การยศาสตร์คืออะไร บทที่ 2 การยศาสตร์ในโรงพยาบาล บทที่ 3 เทคนิคการยกของอย่างปลอดภัย บทที่ 4 ท่าทางการปฏิบัติงานที่ถูกหลักการยศาสตร์ บทที่ 5 การปฏิบัติงานหรือลักษณะงานที่ซ้ำซาก บทที่ 6 ผลกระทบต่อสุขภาพจากการปฏิบัติงานผิดหลักการยศาสตร์ บทที่ 7 การดูแลและป้องกันปัญหาการยศาสตร์ที่มีผลกระทบต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูกด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โดยมีท่ายืดเหยียดกล้ามเนื้อจำนวน 15 ท่า ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามท่าบริหารร่างกายสำหรับผู้ปฏิบัติงานยกและเคลื่อนย้ายวัสดุด้วยแรงกาย²² และท่าบริหารร่างกายสำหรับผู้ปฏิบัติงานคอมพิวเตอร์²³ ประกอบด้วย

- 1) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ กลุ่มก้มและเงยคอ
- 2) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอและบ่า กลุ่มเอียงศีรษะ
- 3) ท่ายืดกล้ามเนื้อคอ กลุ่มหันศีรษะ
- 4) ท่ายืดกล้ามเนื้อสะบัก
- 5) ท่ายืดกล้ามเนื้อท้องแขน
- 6) ท่ายืดกล้ามเนื้อมือ
- 7) ท่ายืดกล้ามเนื้อหลัง
- 8) ท่ายืดกล้ามเนื้อลำตัวด้านหน้า
- 9) ท่ายืดกล้ามเนื้อด้านข้างลำตัว
- 10) ท่ายืดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง
- 11) ท่ายืดกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า
- 12) ท่ายืดกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง
- 13) ท่ายืดกล้ามเนื้อน่อง
- 14) ท่าบริหารเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อน่อง
- 15) ท่าบริหารขา หัวเข่า และข้อเท้า โดยแต่ละท่าให้เคลื่อนไหวร่างกายส่วนที่ต้องการยืดซ้ำ ๆ เคลื่อนไหวไปจนรู้สึก “เริ่มตึง”

ในกล้ามเนื้อที่ต้องการยืด ยึดค้างไว้ในตำแหน่งที่รู้สึก “เริ่มตึง” เป็นเวลา 10 - 15 วินาที ทำซ้ำแต่ละท่า 10 - 15 ครั้ง ทำจนครบ 15 ท่า นับเป็น 1 เซต โดยพักระหว่างเริ่มท่าใหม่ 10 - 15 วินาที สามารถบริหารร่างกายสะสมในช่วงสั้น ๆ อย่างน้อยประมาณ 10 นาทีในแต่ละครั้ง รวมระยะเวลาของการบริหารร่างกายทั้งวัน ไม่น้อยกว่า 30 นาที โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์

1.3 แผนการนิเทศทางการพยาบาล เรื่อง แนวทางการแก้ไขอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาล ซึ่งนิเทศโดยผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ นิสิตกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรโรงพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ด้านการพยาบาล พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และแบบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายของบุคลากรโรงพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยคำถามปลายปิด 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ชั่วโมงปฏิบัติงานต่อวัน จำนวนวันปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ ลักษณะเวลาของการปฏิบัติงาน

2.2 ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่ออาการปวดกล้ามเนื้อ ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 6 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับ

โรคประจำตัว การประสบอุบัติเหตุ ยาที่กินเป็นประจำ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย

2.3 ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรู้ด้านการพยาบาล ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 22 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ โดยสอบถามเกี่ยวกับ ความหมายของกายศาสตร์ การยกของอย่างปลอดภัย ท่าทางการปฏิบัติงานที่ถูกหลักกายศาสตร์ การปฏิบัติงานหรือลักษณะงานที่ซ้ำซาก ผลกระทบต่อสุขภาพจากการปฏิบัติงานผิดหลักกายศาสตร์ การดูแลและป้องกันปัญหาการยกศาสตร์ที่มีผลกระทบต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูกด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โดยมีคะแนนเต็ม 22 คะแนน ให้เลือก 3 คำตอบ คือ ใช่, ไม่ใช่, ไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดและไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน คะแนนความเป็นไปได้ของความรู้ด้านการพยาบาล อยู่ระหว่าง 0 - 22 คะแนน การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom)²⁴ ดังนี้ ระหว่าง 18-22 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก, ระหว่าง 17-13 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง, น้อยกว่า 13 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย

2.4 ส่วนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert)²⁵ โดยสอบถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมการยกของอย่างปลอดภัย พฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ถูกหลักกายศาสตร์ พฤติกรรมการปฏิบัติงานหรือลักษณะงานที่ซ้ำซาก พฤติกรรมการดูแลและป้องกันปัญหาการยกศาสตร์ที่มีผลกระทบต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูกด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best)²⁴ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33

หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อในระดับน้อย, คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อในระดับปานกลาง, ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อในระดับมาก

2.5 ส่วนที่ 5 ข้อมูลอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 5 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับ ระดับความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นในอวัยวะแต่ละส่วนของร่างกายในช่วง 6 เดือนและ 7 วันที่ผ่านมา และระดับความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในภาพรวมครั้งล่าสุด โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประมาณค่าความรู้สึกรวมของอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของตนเองออกมาเป็นตัวเลขคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน โดยแบ่งระดับอาการปวดกล้ามเนื้อ ดังนี้ 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด, 1 – 3 หมายถึง ปวดน้อย, 4 – 6 หมายถึง ปวดปานกลาง, 7 – 9 หมายถึง ปวดมาก และ 10 หมายถึง ปวดรุนแรงจนทนไม่ไหว²⁶

2.6 ส่วนที่ 6 แบบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายสำหรับประชาชนทั่วไป อายุ 19 - 59 ปี ของสำนักวิทยาศาสตร์การกีฬา²⁷ โดยการประเมินสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัว (Flexibility) ด้วยการทดสอบการนั่งงอตัวไปข้างหน้า (Sit and Reach) และการประเมินสมรรถภาพทางกายด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle strength) ด้วยการทดสอบแรงบีบมือ (Grip Strength) โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

2.6.1 เกณฑ์มาตรฐานการนั่งงอตัวไปข้างหน้า อ้างอิงจากสำนักวิทยาศาสตร์การกีฬา²⁷ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำมาก ต่ำ ปานกลาง ดี และดีมาก ค่าของระยะการนั่งงอตัวไปข้างหน้ายังมีค่าต่ำ ความอ่อนตัวยังอยู่ในระดับต่ำหรือไม่ดี ถ้าค่าของระยะการนั่งงอตัวไปข้างหน้ายังมีค่าสูง หมายถึง ความอ่อนตัวยังอยู่ในระดับสูงหรือดี

2.6.2 เกณฑ์มาตรฐานแรงบีบมือ อ้างอิงจากสำนักวิทยาศาสตร์การกีฬา²⁷ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำมาก ต่ำ ปานกลาง ดี และดีมาก ค่าของแรงบีบมือ ยังมีค่าต่ำ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อยังอยู่ในระดับต่ำหรือไม่ดี ถ้าค่าของแรงบีบมือยังมีค่าสูง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อยังอยู่ในระดับสูงหรือดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประกอบด้วยพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอกและเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย 2 คน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม 3 คน นำไปหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ดังนี้ โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.96, แนวทางการแก้ไขอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลตามระเบียบปฏิบัติเลขที่ WI-OCC-003 ได้ค่า IOC เท่ากับ 1, คู่มือการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ได้ค่า IOC เท่ากับ 1, แผนการนิเทศทางการพยาบาลเรื่อง แนวทางการแก้ไขอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาล ได้ค่า IOC เท่ากับ 1, แบบสอบถาม

ความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และแบบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายของบุคลากรโรงพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.99

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และแบบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายของบุคลากรโรงพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรโรงพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ที่ไม่ใช่หน่วยงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นจึงนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความรู้ด้านการยศาสตร์ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder richardson [KR-20]) ได้ ค่าความเชื่อมั่นของข้อมูลความรู้ด้านการยศาสตร์ เท่ากับ 0.79

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟา ของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0.96

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยมีการชี้แจงรายละเอียดและทำความเข้าใจของการทำวิจัย ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ตามโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โดยใช้เวลาในการดำเนินการ 6 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 12 พฤศจิกายน 2567 โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง กิจกรรมประกอบด้วย ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาล อาชีวอนามัย วางแผนการดูแลบุคลากรโรงพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยสรุปและรายงานผลการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงาน และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Pre-test) ด้วยแบบสอบถามความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และวัดผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 2 ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และให้ความรู้กับกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับแนวคิดหลักการยศาสตร์ และสภาพปัญหาด้านการยศาสตร์ในปัจจุบัน อันตรัยจากปัญหาการยศาสตร์ ข้อดีของการปฏิบัติงานตามหลักการยศาสตร์ และหลักการบริหารร่างกายเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาการยศาสตร์ด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อพร้อมทั้งสอนท่าทางการยืดเหยียดกล้ามเนื้อจำนวน 15 ท่า เพื่อนำไปปฏิบัติอย่าง

น้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละไม่น้อยกว่า 30 นาที
จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง พร้อมมอบคู่มือ

สัปดาห์ที่ 3 ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง
กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้แก่กลุ่ม
ตัวอย่าง โดยการยกตัวอย่างกรณีการได้รับ
บาดเจ็บจากการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องด้านการย
ศาสตร์ ตัวอย่างกรณีที่ปฏิบัติงานถูกต้องตาม
หลักการยศาสตร์แล้วสามารถลดปัญหาอาการปวด
เมื่อยกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานได้ และทบทวน
กิจกรรมบริหารร่างกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ
จำนวน 15 ท่า จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 4 ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง
การให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง เรื่อง เทคนิคการยก
ของอย่างปลอดภัย และทบทวนกิจกรรมบริหาร
ร่างกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อจำนวน
15 ท่า จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 5 ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมงการ
ให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง เรื่อง ท่าทางการปฏิบัติงาน
ที่ถูกหลักการยศาสตร์และหลักการปฏิบัติงานที่มี
ลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติซ้ำซากเป็นประจำ และ
ทบทวนกิจกรรมบริหารร่างกายด้วยการยืดเหยียด
กล้ามเนื้อจำนวน 15 ท่า จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

นอกจากนั้น ในสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์
ที่ 5 มีการนิเทศทางการพยาบาลในสถานที่
ปฏิบัติงานของผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกสัปดาห์
เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมปฏิบัติงานตาม
หลักการยศาสตร์ และบริหารร่างกายด้วยการยืด
เหยียดกล้ามเนื้อ

สัปดาห์ที่ 6 ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง ผู้วิจัย
ร่วมกับพยาบาลอาชีวอนามัย เก็บรวบรวมข้อมูล
หลังให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียด
กล้ามเนื้อ (Post-test) โดยใช้แบบสอบถาม
ความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกัน
อาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และ

วัดผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายของกลุ่ม
ตัวอย่าง จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยได้รับโปรแกรม
คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วน
บุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive
statistics) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของ
คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรม
การป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวด
กล้ามเนื้อ ค่าเฉลี่ยผลการทดสอบสมรรถภาพ
ทางกาย ได้แก่ ความอ่อนตัว และความแข็งแรง
ของกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการทดลองได้รับ
โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับ
การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โดยใช้สถิติ Paired
t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.80)
มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี (ร้อยละ 31.10,
 $\bar{X} = 37.74$, $SD = 9.57$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพ
สมรสโสด (ร้อยละ 52.80) ระยะเวลาปฏิบัติงาน
ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรอยู่ในระหว่าง
1 - 10 ปีพบมากที่สุด (ร้อยละ 45.28, $\bar{X} = 13.88$,
 $S.D. = 9.81$) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานไม่เกิน 8 ชั่วโมง
ต่อวัน (ร้อยละ 95.12, $\bar{X} = 8.28$, $S.D. = 1.43$)
และปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ
76.40, $\bar{X} = 5.25$, $S.D. = 0.68$) โดยส่วนใหญ่
ปฏิบัติงานเป็นรอบเวลา (ร้อยละ 84.91)
ดังตารางที่ 1

Table 1 Number, percentage, mean, and standard deviation of general data of the sample
(n = 106)

General data	Number	Percentage
Sex		
male	14	13.20
female	92	86.80
Age (year)		
20 - 29	29	27.40
30 - 39	30	28.30
40 - 49	33	31.10
50 - 59	14	13.20
$\bar{x} = 37.74$, S.D. = 9.57		
Min - Max = 20 - 59		
Marriage status		
Single	56	52.80
Married	43	40.60
Widow / Divorce / Separate	7	6.60
Period of working at this hospital (year)		
1 - 10	48	45.28
11 - 20	21	19.81
21 - 30	28	26.42
31 - 40	9	8.49
$\bar{x} = 13.88$, S.D. = 9.81		
Min - Max = 1 - 36		
Working hours per day		
≤8 hours	101	95.28
>8 hours	5	4.72
$\bar{x} = 8.28$, S.D. = 1.43		
Min - Max = 7 - 16		
Working days per week		
≤ 5 days	81	76.4
> 5 days	25	23.6
$\bar{x} = 5.25$, S.D. = 0.68		
Min - Max = 3 - 7		
Work time		
shift work	90	84.91
Do only day	16	15.09

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้อ ค่าเฉลี่ยผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัวด้วยการนั่งงอตัวไปข้างหน้า และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยการทดสอบแรงบีบมือ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

ผลการเปรียบเทียบพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 10.39$, S.D. = 3.71) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.19$, S.D. = 0.67) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้ออยู่ในระดับปวดปานกลาง ($\bar{X} = 5.44$, S.D. = 1.68) ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัว ได้ค่าเฉลี่ยของระยะการนั่งงอตัวไปข้างหน้า -1.40 เซนติเมตร ($\bar{X} = -1.40$, S.D. = 8.83) และด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ได้ค่าเฉลี่ยของแรงบีบมือ 0.43 กิโลกรัม/น้ำหนักตัว ($\bar{X} = 0.43$, S.D. =

0.11) หลังได้รับโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 18.79$, S.D. = 1.77) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้ออยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.11$, S.D. = 0.45) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้ออยู่ในระดับปวดน้อย ($\bar{X} = 3.01$, S.D. = 1.37) ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัว ได้ค่าเฉลี่ยของระยะการนั่งงอตัวไปข้างหน้า 0.73 เซนติเมตร ($\bar{X} = 0.73$, S.D. = 8.15) และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ได้ค่าเฉลี่ยของแรงบีบมือ 0.46 กิโลกรัม/น้ำหนักตัว ($\bar{X} = 0.46$, S.D. = 0.11) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อและค่าเฉลี่ยผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ และค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน หลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

Table 2 Outcomes of comparison of mean scores of ergonomics knowledge, mean scores of muscle pain prevention behavior, mean scores of muscle pain severity, mean results of physical fitness tests before and after receiving the program an ergonomic education program combined with muscle stretching (n = 106)

Outcomes	before receiving		after receiving		t	p-value
	the program		the program			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
Ergonomics knowledge	10.39	3.71	18.79	1.77	26.59	<0.001
Muscle pain prevention behavior	3.19	0.67	4.11	0.45	21.66	<0.001

Outcomes	before receiving		after receiving		t	p-value
	the program		the program			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
Muscle pain severity	5.44	1.68	3.01	1.37	-20.43	<0.001
Physical fitness tests						
- Flexibility	-1.40	8.53	0.73	8.15	11.70	<0.001
-Muscle strength	0.43	0.11	0.46	0.11	12.59	<0.001

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกายของบุคลากรโรงพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ และค่าเฉลี่ยผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดกล้ามเนื้อ หลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 26.59$, $p\text{-value} < 0.001$; $t = 21.66$, $p\text{-value} < 0.001$; $t = 11.70$, $p\text{-value} < 0.001$; $t = 12.59$, $p\text{-value} < 0.001$; $t = -20.43$, $p\text{-value} < 0.001$) ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัย โดยมีข้อมูลสนับสนุนจากผลการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 26.59$, $p\text{-value} < 0.001$; $t = 21.66$, $p\text{-value} < 0.001$) สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้รับการสนับสนุนการให้ความรู้ในส่วนที่ยังพร่องในการดูแลตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม เมื่อบุคคลมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทฤษฎีระบบการพยาบาลจะเข้ามามีบทบาท เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนอง¹⁴ ในบริบทนี้ผู้วิจัยใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง โดยวิธีการให้การชี้แนะ การสนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง¹⁴ โดยการใช้กระบวนการพยาบาลในการให้ข้อมูลที่มีความครบถ้วนเป็นขั้นตอน เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือโดยใช้ระบบการพยาบาล สนับสนุนและให้ความรู้ในการพัฒนาความสามารถในการดูแล

ตนเอง เมื่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลของตนเองดีขึ้นย่อมมีผลต่อการกระทำการแสดงพฤติกรรมของบุคคลไปในทางที่ดีขึ้นด้วย ดังนั้นเมื่อบุคลากรโรงพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ได้รับการชี้แนะ การสอน ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ได้ ก็จะมีแรงจูงใจและแสดงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวัฒน์ ชำนาญ และคณะ (2559)²⁸ ที่พบว่า ภายหลังจากดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก และพฤติกรรมป้องกันโรคมามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้อ หลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -20.43$, $p\text{-value} < 0.001$) จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า อาการปวดกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มลดลง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ สามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งในโปรแกรมฯ ได้จัดกิจกรรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จะเน้นการสร้างความรู้เห็นถึงปัญหาและผลกระทบจากการปฏิบัติงานที่ไม่ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ การปฏิบัติงานซ้ำซาก และการฝึกท่าทางในการ

ปฏิบัติงานที่ถูกหลักการยศาสตร์ รวมไปถึงท่าทางการออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติงาน และท่าทางการปฏิบัติงานที่ถูกต้องมากขึ้น จึงมีผลทำให้อาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานลดลง ซึ่งการให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติในเรื่องท่าทางการปฏิบัติงานที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยสร้างความมั่นใจในการเคลื่อนไหวร่างกาย และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองในการปฏิบัติงาน โดยท่าทางที่ถูกต้องจะช่วยให้การเรียงตัวของแนวกระดูกสันหลังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายปฏิบัติงานอย่างสมดุล ลดแรงกดที่กระทำต่อโครงสร้างกล้ามเนื้อและกระดูกจึงมีผลต่อการช่วยลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อได้¹² สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Bandura, 1986)¹⁰ กล่าวว่า “บุคคลถ้ามีการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยทราบว่าจะทำอะไรบ้าง ทำอย่างไร และเมื่อทำเสร็จแล้วได้ผลเกิดขึ้นตามที่คาดหวังไว้ บุคคลก็จะทำสิ่งนั้น” และสอดคล้องกับหลักการของการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ที่อธิบายว่า การยืดเหยียดกล้ามเนื้อจะช่วยเอ็นข้อต่อและเส้นใยกล้ามเนื้อที่ได้รับการยืดเหยียดมีความยาวและนุ่มกว้างกว่าปกติ ทำให้สามารถช่วยป้องกันการฉีกขาดของเส้นใยกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนของเลือด ซึ่งเกิดจากการคั่งของกรดแลคติก (Lactic acid) ที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้กล้ามเนื้อเกิดอาการปวดเมื่อยได้ นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดการดึงตัวของกล้ามเนื้อ และช่วยลดอาการบาดเจ็บและลดการ

เจ็บปวดของกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน²⁹⁻³¹ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พัชรินทร์ ใจจุ่ม และทัศนพงษ์ ตันติปัญญาพร¹⁰ ที่พบว่า อาการปวดเมื่อยหลังของกลุ่มคนงาน ทอผ้าด้วยมือลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$) ภายหลังจากให้โปรแกรมการ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการให้ความรู้ด้านการย าศาสตร์เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เช่นเดียวกันกับผล การศึกษาของ กุสุมา พงณา¹¹ ที่พบว่าพยาบาล ที่เป็นกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อไมโอแฟเซียล (Myofascial Pain Syndrome: MPS) หลังจากเข้า โปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและ ปรับพฤติกรรมตามหลักการยศาสตร์เป็นเวลา 2 สัปดาห์ มาตราวัดความปวดด้วยสายตาลดลงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย มีค่าเฉลี่ยความอ่อนตัวและค่าเฉลี่ยความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อ หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.70, p\text{-value} < 0.001; t = 12.59, p\text{-value} < 0.001$) จากผลการวิจัยดังกล่าว สามารถอภิปรายได้ว่า ในโปรแกรมฯ ได้จัด กิจกรรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และสอนท่าทางการ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้ กลุ่มทดลองนำไปปฏิบัติอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เพิ่มสมรรถภาพทางกาย ด้านความอ่อนตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ได้ สอดคล้องกับหลักการของการยืดเหยียด กล้ามเนื้อ ที่อธิบายว่า การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จะช่วยเอ็นข้อต่อและเส้นใยกล้ามเนื้อที่ได้รับ

การยืดเหยียดมีความยาวและนุ่มกว่าปกติ ทำให้สามารถช่วยป้องกันการฉีกขาดของเส้นใย กล้ามเนื้อ นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความยืดหยุ่น และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดการดึงตัว ของกล้ามเนื้อ และช่วยลดอาการบาดเจ็บและลด การเจ็บปวดของกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน^{29,31} และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พัชรินทร์ ใจจุ่ม และทัศนพงษ์ ตันติปัญญาพร¹⁰ ที่พบว่า สมรรถภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังของ กลุ่มคนงานทอผ้าด้วยมือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.004$) ภายหลังจากให้โปรแกรม การยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการให้ความรู้ด้าน การยศาสตร์เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และสอดคล้องกับ การศึกษาของ ชิดชนก ศรีราช และชาญลักษณ์ เยี่ยมมิตร³² ที่พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการ ฝึกยืดเหยียดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยความอ่อนตัวมากกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรม การให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืด เหยียดกล้ามเนื้อเป็นอีกหนึ่งโปรแกรมที่สามารถ ช่วยให้บริการโรงพยาบาลที่มีอาการปวด กล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มีความรู้ด้านการยศาสตร์และพฤติกรรมการ ป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลงไป ในทางดีขึ้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อทำให้อาการ ปวดกล้ามเนื้อดีขึ้น และสมรรถภาพทางกายดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ อย่างมีประสิทธิภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ บุคลากรด้านสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ เป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อการดูแลและ ส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้ที่ปฏิบัติงานที่มีลักษณะ

งานใกล้เคียงกัน เพื่อนำไปสู่การป้องกันโรคจากการปฏิบัติงาน โรคที่เกี่ยวข้องจากการปฏิบัติงาน และส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยปฏิบัติงานให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการบริหารการพยาบาล ควรมีนโยบายและสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อไปใช้ในหอผู้ป่วยและหน่วยงานที่มีอุบัติการณ์ของความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการปฏิบัติงานที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกิดความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน มีภาวะสุขภาพที่ดี และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพ

1.2 สถานพยาบาลหรือหน่วยงานอื่น ๆ สามารถนำโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อไปปรับใช้หรือพัฒนาต่อยอดให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเอง ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในหน่วยงานของตนเองต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในรูปแบบเดียวกันนี้ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงาน และผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงาน เพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลกลุ่มเสี่ยงทางด้านกายศาสตร์

2.2 การศึกษาในครั้งต่อไปควรศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกในหน่วยงานที่มีอุบัติการณ์ของความผิดปกติทางกล้ามเนื้อและกระดูกจากการปฏิบัติงานที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพื่อนำไปสู่แนวทางการป้องกันที่มีประสิทธิภาพต่อไป

สรุปผลการวิจัย

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อไปใช้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ และค่าเฉลี่ยผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ และค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน หลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สรุปได้ว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ บุคลากรด้านสุขภาพหรือกลุ่มอาชีพอื่นที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกันสามารถนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ได้

จุดแข็งของงานวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ซึ่งมีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุมและมีแผนการดำเนินการที่กระชับชัดเจน สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัย นอกจากนี้การออกแบบโปรแกรมฯ ยังมีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และมีทฤษฎีรองรับที่ชัดเจน บุคลากรโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัยเห็นความสำคัญของการแก้ไข

ปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์และการศึกษาวิจัยในบริบทดังกล่าวยังมีผู้วิจัยน้อยมาก

จุดอ่อนของงานวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยที่ติดตามผลในระยะสั้น เพื่อให้ผลการศึกษชัดเจนมากยิ่งขึ้น ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลลัพธ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำงานวิจัยนี้สำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. Suwannachat N. Developing guidelines for health surveillance in Kalasin hospital. *Journal of Environmental and Community Health* 2020; 5(2): 121-127. (in Thai)
2. Bureau of Occupational and Environmental Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. *Manual for Risk Assessment of Work Performance of Personnel in Hospitals* (Revised Edition 2011). 3rd ed. Nonthaburi: Printing House of Agricultural Cooperatives of Thailand Co., Ltd; 2011.

3. Pichetveerachai M, Suwan K, Chatpratheungkul T. The Ergonomics Risk Assessment of Personnel in Health Promotion Hospital Regional Health Promotion Center 2 [Internet]. 2021 [cited 2024 March 8]. Available from: <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/app/frontend/web/site/researchview?id=199&byear=2564&type=1>

4. Prayunvong A, Wachiraphantham W, Srisanit R, Kanmali Y, Phonmana P. Model Development of Nursing Service to Solve Health Problems Caused by Ergonomic Health Hazards in Hospital Personnel, Chaophraya Abhaibhubejhr Hospital Prachinburi Province. *Journal of Public Health Nursing* 2023; 37(3): 48–71. (in Thai)

5. Occupational medicine department. Summary of the results of the health risk assessment in Chaophraya Abhaibhubejhr Hospital for the year 2023. Prachinburi: Chaophraya Abhaibhubejhr Hospital; 2023. (in Thai)

6. Prasan S. Prevalence and Ergonomic Factors Associated with Work-Related Musculoskeletal Disorders among Non-Medical Hospital Personnel. *Thai Journal of Public Health* 2021; 51(2): 149-158. (in Thai)

7. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). The Ministry of Public Health join 21 organizations to implementing a policy on Patient, Personnel and People Safety [Internet]. 2023 [cited 2024 March 15].

Available from:

<https://www.ha.or.th/TH/Posts/%E0%B8%82%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%98%E0%B9%8C/Details/740>

8. The Association of occupational and Environmental Diseases of Thailand. Safety of medical personnel [Internet]. 2020 [cited 2024 March 18]. Available from:

<https://www.aoed.org/articles/2020/september/worker-safety/>

9. European Agency for Safety and Health at Work. Work-related musculoskeletal disorders: prevention report [Internet]. 2008 [cited 2024 March 21]. Available from:

https://osha.europa.eu/sites/default/files/en_TE8107132ENC.pdf

10. Jaijum P, Tantipanyaporn T. Effectiveness of Muscle Stretching with Ergonomics Training Program to Relieve Back Pain and Increase Back Muscle Stretching in Hand Weaving Workers, Mae Rang Sub-district, Pa Sang District, Lamphum Province. Journal of Science and Technology Ubon Ratchathani University 2018; 20(3): 29-39. (in Thai)

11. Potchana K. The Effect of Stretching Exercises and Ergonomics on Pain and Quality of Life in Nurses with Myofascial Pain Syndrome (MPS). Udonthani Hospital Medical Journal 2022; 30(1): 45-57. (in Thai)

12. Sripanya B, Sittibannakul B. Effects of Educational Ergonomics with Rubber Chain Exercise Program on Low Back Pain, Functional Ability and Back Muscle Strength Among Indigo-Dyed Weaving Workers. Journal of Liberal Arts and Management Science Kasetsart University 2020; 37(7): 27-40. (in Thai)

13. Amornrattanapajit R, Krungkrai Wong S. Ergonomic in workplace. Bangkok: Riangsam graphic design; 2001.

14. Wongsri P, Chintapanyakun T. Utilization of Orem's Theory with Caring and Advice for Patients with Heart Failure. Journal of The Police Nurses 2018; 10(1): 209-219. (in Thai)

15. Ontam N. PDCA (Deming Cycle) Management Techniques. Journal of Association of Professional Development of Educational Administration of Thailand (JAPDEAT) 2019; 1(3): 39-46. (in Thai)
16. Wiratchai N. Sample Sizing in Research Hypothesis Testing [Internet]. 2012 [cited 2024 March 25]. Available from:<http://llskill.com/web/files/GPower.pdf>
17. Vorapongsathorn T, Vorapongsathorn S. Sample Size Calculation for Research Using G*Power Program. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health 2018; 41(2): 11-21. (in Thai)
18. Pongsakchat V. Calculating sample size for research [Internet]. 2020 [cited 2024 March 22]. Available from: <https://thaimed.buu.ac.th/public/backen d/upload/thaimed.buu.ac.th/document/fi le/document161717461088510200.pdf>
19. Sukamolson S. Size of result: Practical significance in research. Paritat Journal 2010; Vol 25: 26-38. (in Thai)
20. Chancharoen K. Identifying Population and Sample. In Jirojanakul P. (Ed.). Nursing Research: Concept, Principle and Practice (pp. 85-114). Nonthaburi: Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development, Ministry of Public Health; 2009.
21. Department of Labor Protection and Welfare. Learning Package on Safety and Occupational Health in Ergonomics [Internet]. n.d. [cited 2024 April 1]. Available from: https://osh.labour.go.th/index.php?option =com_k2&view=item&id=201
22. Thailand Institute of Occupational Safety and Health (Public Organization). Ergonomics Manual for Lifting and Handling Operations Improvement. Bangkok: Chayakorn Printing Co., Ltd; 2019.
23. Thailand Institute of Occupational Safety and Health (Public Organization). Ergonomics Manual for Computer Operations Improvement in the Office. Bangkok: Chayakorn Printing Co., Ltd; 2019.
24. Intajak T. Herbal Used Behavior of People in Mueang District, Mae Hong Son Province. [Research Report]. Chiang Mai: Chiang Mai Rajabhat University; 2021.
25. Likert R.A. A technique for the measurement of attitude. Chicago: Rand McNally; 1993.
26. Meepradit P. Ergonomics Risk Assessment. Bangkok: O.S. Printing House; 2016.

27. Sports Science Institute, Department of Physical Education, Ministry of Tourism and Sports. Manual for testing and physical fitness standards of children, youth and Thai people. Bangkok: World Expert Co., Ltd; 2019.

28. Chamnan S, Pichainarong N, Butsaenkom R. The Results of Ergonomics Health Promotion Program for Behavioral Modification of Work-related Musculoskeletal Disorders Risk Reduction Among Srisomdet Hospital Personnel, Srisomdet district, Roi Et province. Journal The Office of DPC 7 Khon Kaen 2016; 23(3): 56-66. (in Thai)

29. Khunhankaew T. Effects of Flexibility Training on Agility in Professional Thai Boxers of Quest Thailand Camp.[M.Sc. Thesis in Sports Science]. Chiang Mai: Faculty of Graduate studies, Chiang Mai University; 2015.

30. Pattamaranggoul W, Singlumpong Y. A Comparative Study of Different Techniques in Recovery Period of Physical Fitness of Athletics. Academic Journal Institute of Physical Education 2018; 10(1): 89-102. (in Thai)

31. Health Promotion Foundation (ThaiHealth). Prevent Muscle Pain [Internet]. 2018 [cited 2024 April 5]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/?p=229029>

32. Srirach C, Yiammit C. Flexibility Development with a Muscle Stretching Program for Improving Physical Quality of The Life of elderly in Chanthaburi Province. NRRU Community Research Journal 2019; 15(3): 104-115. (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดสมุทรปราการ

วีระยา รุ่งเรียนกิจ*

ลลิตา แก้ววิไล** ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ***

บทคัดย่อ

การติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infections: OIs) ยังคงเป็นปัญหาสำคัญต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (PLHIV) แม้การเข้าถึงยาต้านไวรัสจะครอบคลุมมากขึ้นทั่วโลก แต่ในปีพ.ศ. 2567 ยังมีผู้ติดเชื้อประมาณ 39.9 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคเอดส์มากกว่า 600,000 รายต่อปี โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา การติดเชื้อฉวยโอกาสยังคงเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตโดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่นเช่นจังหวัดสมุทรปราการ งานวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส และระบุปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมดังกล่าวในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Model เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 167 คนที่ได้รับการคัดเลือกด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Regression)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 47.3) มีอายุระหว่าง 35–60 ปี (ร้อยละ 52.7) และมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสในระดับมาก (Mean = 14.22, SD = 3.05) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ร้อยละ 17.8 (Adjusted $R^2 = 0.178$, $p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการวางแผนกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมตามช่วงวัย เสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม และการจัดโปรแกรมการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล เพื่อสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันโรคที่ยั่งยืนในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันโรค/ การติดเชื้อฉวยโอกาส/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/สมุทรปราการ/ PRECEDE-PROCEED Model

วันที่รับบทความ: 16 สิงหาคม 2568; วันที่แก้ไขบทความ: 27 สิงหาคม 2568; วันที่ตอบรับบทความ: 28 สิงหาคม 2568

* นักศึกษาลูกศรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร E-mail: weeraya997@gmail.com

**ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร E-mail: lalita.kae@mahidol.ac.th

***รองศาสตราจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

Factors predicting behavior to prevent opportunistic infections among people living with HIV in Samut Prakan Province

Wiraya Rumrienkit*

Lalita Kaewwilai** Kwanjai Amnatsatsue***

ABSTRACT

Opportunistic infections (OIs) remain a major health challenge among people living with HIV (PLHIV). Despite the global expansion of antiretroviral therapy (ART), an estimated 39.9 million individuals were living with HIV in 2024, with over 600,000 AIDS-related deaths annually. OIs continue to be leading causes of morbidity and mortality, particularly in developing countries and densely populated areas such as Samut Prakan Province, Thailand. This cross-sectional analytical study aimed to examine preventive behaviors against OIs and to identify the associated and predictive factors among people living with HIV (PLHIV) receiving antiretroviral therapy (ART) at Samut Prakan Hospital, using the PRECEDE-PROCEED Model as conceptual framework. A total of 167 PLHIV were selected through simple random sampling. Data was collected using a researcher-developed questionnaire that was validated by experts. Statistical analyses included descriptive statistics, Pearson's correlation, and stepwise multiple regression.

Results indicated that the majority of participants were male (47.3%) and aged 35–60 years (52.7%). Preventive behaviors against OIs were reported at a high level (Mean = 14.22, SD = 3.05). Age, knowledge of OIs, and social support emerged as statistically significant predictors ($p < 0.001$), which together explained 17.8% of the variance (Adjusted $R^2 = 0.178$). These findings highlight the influence of both individual and social factors on preventive health behaviors among PLHIV. The study underscores the need for health promotion strategies that provide age-appropriate knowledge, strengthen social support, and implement individualized counseling programs to sustain preventive behaviors among PLHIV.

Key Words : Preventive behaviors/ Opportunistic infections People living with HIV/Samut Prakan/PRECEDE-PROCEED Model

Article info: Received: August 16, 2025, Revised: August 27, 2025, Accepted: August 28, 2025

* Student in Master of Nursing Science Program (Community Nurse Practitioner) Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok E-mail: Weeraya997@gmail.com

**Corresponding Author Lecturer Dr. Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok E-mail lalita.kae@mahidol.ac.th

*** Associate Professor Dr. Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok

บทนำ

ปัญหาการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infections: OIs) ยังคงเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุขในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งในระดับโลกและประเทศไทย แม้ว่าการเข้าถึงยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy: ART) ในปัจจุบันจะครอบคลุมมากขึ้นก็ตาม ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกในปีพ.ศ. 2567 ระบุว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 39.9 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อใหม่ประมาณ 1.3 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคเอดส์มากกว่า 600,000 รายต่อปี^{1,2} และในประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อประมาณ 580,000 คน โดยยังพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคเอดส์อยู่ที่ประมาณ 9,300 รายต่อปี³ ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต ในหลายประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทย แม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยจะมีระบบบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่ครอบคลุมและมีการติดตามต่อเนื่อง แต่ยังพบผู้ติดเชื้อรายใหม่และการเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างด้านพฤติกรรมสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ยังไม่เพียงพอในการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส จากการศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในประเทศไทย พบว่า 9.5% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสภายหลังการเริ่มยาต้านไวรัส โดยมีอุบัติการณ์ 25.6 รายต่อ 1,000 คนต่อปี⁴ ในกลุ่มผู้ที่เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส พบว่า 1 ใน 3 มีการติดเชื้อฉวยโอกาส ตั้งแต่การวินิจฉัยเป็น HIV และประเภทของการติดเชื้อฉวยโอกาส ที่พบบ่อยได้แก่ วัณโรค (Tuberculosis: TB) ทั้งในปอดและนอกปอด การติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส (Cytomegalovirus: CMV) ปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสทิส (Pneumocystis pneumonia: PCP) การติดเชื้อเริม (Herpes simplex virus: HSV)

การติดเชื้อฉวยโอกาสเหล่านี้มักพบมากโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง หรือเข้าสู่ระยะเอดส์ และเป็นระยะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้^{5,6} ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า แม้การเริ่มต้นรักษาด้วยยาต้านไวรัส จะช่วยลดความเสี่ยง แต่การติดเชื้อฉวยโอกาส ยังคงสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษาและมีผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนั้น การทำความเข้าใจปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดความเสี่ยงและผลกระทบจากการติดเชื้อฉวยโอกาส

จังหวัดสมุทรปราการมีบริบทเฉพาะ เนื่องจากเป็นพื้นที่อุตสาหกรรมขนาดใหญ่ มีประชากรวัยแรงงานทั้งชาวไทยและต่างชาติจำนวนมากและมีแรงงานเคลื่อนย้ายสูง ส่งผลให้ประชากรมีความหลากหลายทางเศรษฐกิจและสังคม ข้อมูลปี 2565 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานะแล้วประมาณ 14,879 ราย โดย 12,344 รายอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และมีผู้เสียชีวิตสะสมจากการติดเชื้อ 3,618 ราย⁷ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายด้านพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาที่สำรวจปัจจัยและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ในบริบทนี้โดยตรง ซึ่งเป็นช่องว่างสำคัญที่ต้องศึกษาเพิ่มเติม งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญในการอธิบายปัจจัยที่สัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดสมุทรปราการ เพื่อสร้างองค์ความรู้เชิงวิชาการและสนับสนุนการวางแผนเชิงนโยบายในพื้นที่ งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ PRECEDE-PROCEED Model⁸

ในการอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยจำแนกเป็น ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เช่น เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับ CD 4 ครั้งล่าสุด ความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ได้แก่ การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม และ ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยงานวิจัยนี้มุ่งเน้นเลือกใช้เฉพาะส่วน PRECEDE ซึ่งเน้นการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ครอบคลุมการดำเนินโครงการและการประเมินผล

ในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับพื้นที่ ไม่เพียงทำหน้าที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น แต่ยังทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายสังคมในชุมชน การทำความเข้าใจปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งผลการศึกษานี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการบูรณาการความรู้ ความเข้าใจในเชิงสังคม และการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องตรงกับความต้องการและบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว โดยบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงไม่เพียงมีส่วนสำคัญต่อการลดความเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส แต่ยังช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART) ในจังหวัดสมุทรปราการ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

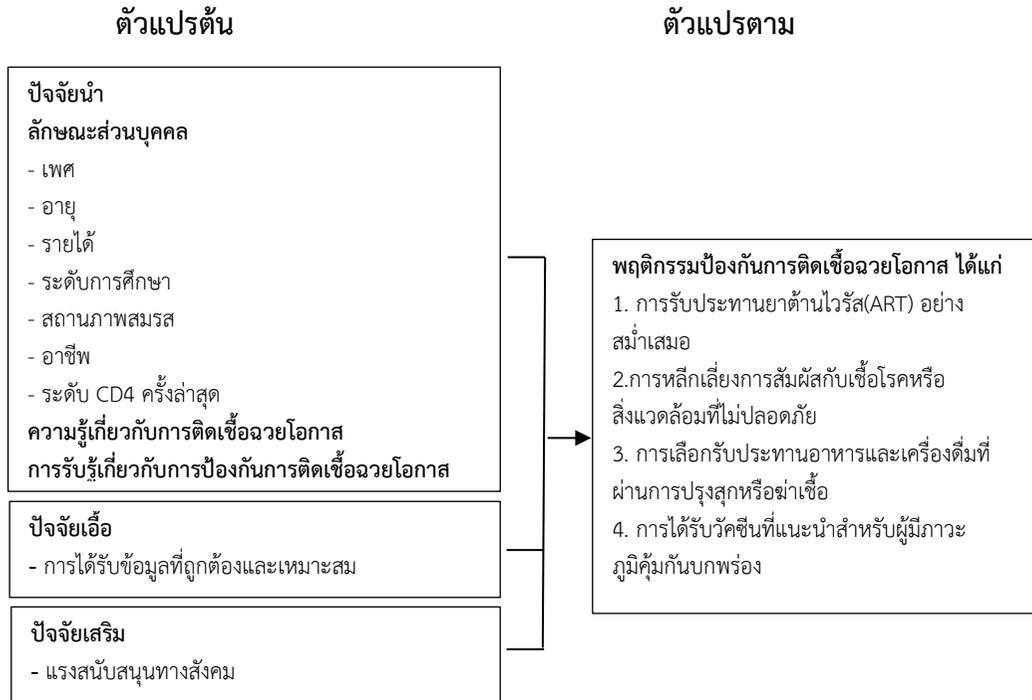
4. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้อ้างอิงจาก PRECEDE-PROCEED Model โดยเลือกใช้เฉพาะส่วน PRECEDE ซึ่งเน้นการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านการจัดหมวดปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เช่น เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับ CD 4 ครั้งล่าสุด ความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ได้แก่ การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม และ ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาครั้งนี้มุ่งวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของปัจจัยดังกล่าว รวมทั้งตรวจสอบว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยทำนาย (predictor)

ที่สำคัญของพฤติกรรมดังกล่าว ผลการวิจัยคาดว่าจะสะท้อนให้เห็นประเด็นเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมหรือมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนในอนาคต



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยตาม PRECEDE-PROCEED

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytical Cross-Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population)
ประชากรเป้าหมายในการศึกษานี้คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART) ในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวนทั้งหมด 12,344 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในระบบบริการคลินิกยาต้านเอชไอวี โรงพยาบาลสมุทรปราการ และได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power⁹ โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.15 ตามเกณฑ์มาตรฐานของ Cohen (1988)¹⁰ ซึ่งถือว่าเหมาะสมกับตัวแปรด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มักมีผลในระดับปานกลาง ทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงบริบท กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) = 0.90

เพื่อลดโอกาสเกิดข้อผิดพลาดประเภทที่สอง (Type II error)⁹ และจำนวนตัวแปรอิสระ (predictors) = 11 ตัวแปร ซึ่งจากการคำนวณพบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 152 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและการไม่ตอบกลับแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10⁹ (15 คน) รวมเป็น 167 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)

ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการสุ่มรายชื่อผู้ติดเชื้อที่มารับบริการ ณ คลินิกยาต้านเอชไอวี โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในวันที่เปิดให้บริการ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria):

1. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART)
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในแบบฟอร์มยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria):

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
2. ผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนหรือขอลอนตัวระหว่างการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย มีลักษณะคำถามเป็นแบบข้อให้เลือกคำตอบและการเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของแต่ละคน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อฉวยโอกาส และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส มีลักษณะเป็นข้อให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้หรือการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีคำถามทั้งสิ้นจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดทั้งหมดให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.80 การแปลผล คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน และแบ่งระดับดังนี้ 0.00-3.33 คะแนน หมายถึงระดับน้อย 3.34 – 6.37 คะแนน หมายถึงระดับปานกลาง 6.38 – 10.00 คะแนน หมายถึงระดับมาก คะแนนรวมที่สูงสะท้อนว่าผู้ตอบมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในระดับมาก ขณะที่คะแนนต่ำสะท้อนว่ามีความรู้ในระดับน้อย

2. การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือประกอบด้วยคำถามปลายปิดจำนวน 10 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง, การรับรู้เกี่ยวกับโรค, การรับรู้ถึงการแพร่กระจายเชื้อฉวยโอกาส, และการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อฉวยโอกาส แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.8 การแปลผล คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0 ถึง 50 คะแนน

โดยสามารถแบ่งการแปลผลออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0-22 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย 23-35 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง 36-50 คะแนน หมายถึง ระดับมาก คะแนนรวมที่สูงสะท้อนว่าผู้ตอบมีการรับรู้เชิงบวกต่อการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสในระดับมาก ในทางกลับกัน คะแนนต่ำสะท้อนถึงการรับรู้ที่จำกัดหรือไม่เพียงพอต่อการป้องกัน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสม แบบสอบถามที่ดัดแปลงจากการสื่อสารกับงานสารสนเทศ¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.8 การแปลผล คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน แบ่งระดับการแปลผลออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 10-23 คะแนน หมายถึง ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมน้อย 24-37 คะแนน หมายถึง ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมในระดับปานกลาง 38-50 คะแนน หมายถึง ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมในระดับมาก คะแนนรวมที่สูงสะท้อนว่าผู้ตอบได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสม ต่อการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสในระดับมาก ในทางกลับกัน คะแนนต่ำสะท้อนถึงการได้รับข้อมูลที่จำกัดหรือไม่เพียงพอต่อการป้องกัน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม แรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว/คู่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน/คนสนิท การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ แบบสอบถามนี้มีค่า

ความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.8 การแปลผลคะแนน ผลรวมคะแนนของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน โดยสามารถแบ่งการแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 15-34 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง 35-54 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง 55-75 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี สำหรับแต่ละด้านย่อยของแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม แต่ละด้านมีคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 5-25 คะแนน โดยสามารถแบ่งการแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 5-11 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง 12-18 คะแนนหมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นอยู่ในระดับปานกลาง 19-25 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นอยู่ในระดับดี คะแนนรวมที่สูงที่สะท้อนว่าผู้ตอบได้รับแรงสนับสนุนมาก คะแนนต่ำสะท้อนถึงการได้รับแรงสนับสนุนจำกัด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แบบสอบถามนี้ดัดแปลงจากแนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ในชุดความรู้การดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โรคโดยตรง¹² ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมหัวข้อสำคัญ ดังนี้ การรับประทานยาต้านไวรัส การเลือกรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อโรคที่นำไปสู่การติดเชื้อฉวยโอกาส

การได้รับวัคซีน แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.9 ผลรวมคะแนน พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้ออวกาศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ระหว่าง 0–20 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้ 14–20 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในระดับมาก 7–13 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในระดับปานกลาง 0–6 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในระดับน้อย คะแนนรวมที่สูงสะท้อนว่าผู้ตอบสนองพฤติกรรม ป้องกันที่เหมาะสมในระดับมาก คะแนนต่ำ สะท้อนถึงพฤติกรรมที่ไม่เพียงพอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามตาม กระบวนการมาตรฐาน โดยเริ่มจากการสร้างข้อ คำนถามตามนิยามเชิงปฏิบัติ จากนั้นนำแบบ สอบถามส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)¹³ ในแต่ละข้อ พบว่ามีค่า CVI มากกว่า 0.80 ทุกข้อ แสดงถึง ความเหมาะสมและความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยได้ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่ม ประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย ในการศึกษา ณ คลินิกรับยาต้านไวรัสเอชไอวี โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ รวมอยู่ในกลุ่มตัวอย่างจริง เพื่อตรวจสอบความ ชัดเจนและความเข้าใจของข้อคำถาม จากนั้นนำ ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของ

ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)¹³ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มากกว่า 0.80 ทุกข้อ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. No. MUPH 2024-048) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงสิทธิ สามารถ ปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบ สิทธิในการรักษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดย ดำเนินการในช่วงเดือน ตุลาคม 2567 ถึงเดือน ธันวาคม 2567 ที่คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาล สมุทรปราการ ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด และ วัตถุประสงค์ของการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และ ขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัย อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด ในขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามด้วยตนเองโดยไม่มีบุคคลอื่นอยู่ร่วม ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บในที่ปลอดภัยและใช้รหัส แทนตัวเพื่อรักษาความลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปและตัวแปรเชิงพฤติกรรม วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรวิเคราะห์ด้วยสถิติ สหสัมพันธ์ (Pearson's correlation) ปัจจัย ทำนายพฤติกรรมวิเคราะห์ด้วยการถดถอย พหุคูณแบบขั้น ตอน (Stepwise Multiple Regression) เพื่อระบุปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรม

ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสได้อย่างมีนัยสำคัญ ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบสมมติฐานที่สำคัญของการถดถอยเพื่อความถูกต้องของผลลัพธ์ ได้แก่ ความเป็นอิสระของตัวแปร (Independence of Variables) ความเป็นเส้นตรง (Linearity) การกระจายแบบปกติ (Normality) ความเป็นความคงที่ของค่าความคลาดเคลื่อน (Homoscedasticity) และภาวะตัวแปรอิสระซ้ำซ้อน (Multicollinearity)¹⁴ ตัวแปรที่ผ่านเกณฑ์สมมติฐานและมีนัยสำคัญทางสถิติเท่านั้นจึงถูกรวมเข้าสู่สมการถดถอยแบบขั้นตอน ซึ่งช่วยคัดเลือกว่าตัวแปรที่สำคัญที่สุด ลดความซับซ้อนของโมเดล และเพิ่มความแม่นยำในการทำนาย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 47.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 43.4 ปี (SD = 13.02) ซึ่งส่วนมากอยู่ในช่วงวัย 35–60 ปี ร้อยละ 52.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ที่ 12,209.58 บาท (SD = 9,309.49) ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 47.8 สถานภาพส่วนใหญ่เป็นโสด (ร้อยละ 42.5) และอาชีพที่พบมากที่สุดคือแรงงานรับจ้าง ร้อยละ 43.7

ในด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย CD4 อยู่ที่ 459.27 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (SD = 199.30) โดยส่วนใหญ่ มีระดับ CD4 อยู่ระหว่าง 350–500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ร้อยละ 37.1 รองลงมาคือมากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่ยังคงมีภูมิคุ้มกันอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ในระดับหนึ่ง

2. พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดสมุทรปราการ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสในระดับมากโดยพบว่าร้อยละ 59.9 ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในช่วง 14–20 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ย 14.22 คะแนน (SD = 3.05) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลตนเอง และปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสได้อย่างเหมาะสม และมีแนวโน้มที่จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้

สำหรับปัจจัยนำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อฉวยโอกาสในระดับมาก โดยร้อยละ 91.6 มีคะแนนอยู่ในช่วง 6.38–10.00 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ย 8.46 คะแนน (SD=1.18) และมีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคในระดับมากเช่นกันโดยร้อยละ 93.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในช่วง 36–50 คะแนน

ในส่วนของปัจจัยเอื้อ การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับมากที่สุด โดยร้อยละ 83.8 มีคะแนนอยู่ในช่วง 34–41 คะแนน

สำหรับปัจจัยเสริม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี โดยร้อยละ 74.9 มีคะแนนอยู่ในช่วง 55–75 คะแนน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส จังหวัดสมุทรปราการ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยา

ต้านไวรัส จังหวัดสมุทรปราการ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) โดยพิจารณาการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test และ Normal Q-Q plot พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติเหมาะสมต่อการนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ดังตารางที่ 1

Table 1 Correlation between Factors and Opportunistic Infection Prevention Behaviors among People Living with HIV in Samut Prakan Province

Factors	Opportunistic Infection Prevention Behaviors among PLHIV	
	r	p-value
Personal Characteristics		
Sex	-0.051	0.509
Age	0.223	0.004**
Income	0.101	0.194
Education level	-0.020	0.797
Marital status	0.063	0.422
Occupation	0.067	0.393
Most recent CD4 Count	-0.075	0.337
Predisposing Factors		
Knowledge of Opportunistic Infections	0.307	0.000**
Perception of Opportunistic Infection Prevention	0.075	0.338
Enabling Factors		
Receiving Accurate and Appropriate Information	0.087	0.261
Reinforcing Factors		
Social Support	0.287	0.000**

*p < 0.05, **p < 0.001

จากการศึกษาพบว่า ตัวแปรสำคัญที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ อายุ ($r = 0.223, p = 0.004$), ความรู้ ($r = 0.307, p < 0.001$), และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.287, p < 0.001$) ในทางกลับกัน ปัจจัยด้านการสื่อสารและข้อมูล ($r = 0.087, p = 0.261$) แม้จะมีบทบาท แต่ยังไม่แสดงความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติอย่างชัดเจน

Table 2 Multiple Regression Analysis of Predictor Variables on Opportunistic Infection Prevention Behaviors among People Living with HIV (n = 167)

Predictor Variable	B	beta	T	p-value
Personal Characteristics				
Age	0.877	0.220	3.117	0.002**
Predisposing Factors				
Knowledge of Opportunistic Infections	0.644	0.247	3.428	0.001**
Reinforcing Factors				
Social support	0.062	0.237	3.283	0.001**
Constant	3.342		1.830	0.069

R = 0.439, R² = 0.193, Adjusted R² = 0.178, F = 12.998, p – value = 0.000 *p < 0.05, **p < 0.001

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า อายุ (Beta = 0.220, p = 0.002) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Beta = 0.247, p = 0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = 0.237, p = 0.001) เป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ ร้อยละ 17.8 (Adjusted R²

4. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากการวิเคราะห์สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยทั้งสามปัจจัยนี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

= 0.178, F = 12.998, p < 0.001) และ สมการเชิงถดถอยที่ได้คือ: $Y = 3.342 + 0.877(\text{อายุ}) + 0.644(\text{ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส}) + 0.062(\text{แรงสนับสนุนทางสังคม})$ เมื่อ Y แทนระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสในจังหวัดสมุทรปราการส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับระดับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อฉวยโอกาสที่อยู่ในระดับสูง ตลอดจนแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม แสดงให้เห็นว่าความรู้และการรับรู้ที่ถูกต้องเป็นปัจจัยนำ (predisposing factors) สำคัญที่กระตุ้นการตัดสินใจเชิงพฤติกรรม ตามกรอบ PRECEDE ขณะที่แรงสนับสนุนจากสังคมทำหน้าที่เป็นปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ที่ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้บรรยากาศทางสังคมที่เปิดกว้างและการลดการตีตราช่วยเพิ่มความมั่นใจและการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อ¹⁵

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศ เช่น สุวรรณ บุญยะสิทธิ์ และคณะ (2556) และกฤษณา หวังมุขกลาง (2567) โดยพบว่าผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตามการรักษาอยู่ในระดับดี^{16,17} ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีความหลากหลายซึ่งอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยเฉพาะของกลุ่มประชากรและบริบททางสังคม บางการศึกษาในต่างประเทศพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นความเสี่ยงในการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็ยิ่งสูงขึ้นเท่านั้น^{18,19} ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการติดเชื้อฉวยโอกาส อาจอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุมีประสบการณ์ตรงด้านสุขภาพมากกว่าและ

การตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงสูงกว่านำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีขึ้น สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wachamo และ Bonja (2022) พบว่า ความรู้ เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส¹⁸ แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีความรู้มากกว่าจะสามารถแปลงความเข้าใจเป็นการปฏิบัติที่เหมาะสม ในทำนองเดียวกัน แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Berhe et al. (2022) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติตามการรักษาและการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส²⁰ แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

เมื่อพิจารณาการทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสพบว่า อายุ ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อฉวยโอกาส และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ร้อยละ 17.8 (Adjusted R² = 0.178) ค่าอธิบายความแปรปรวนจะอยู่ในระดับปานกลาง ผลลัพธ์นี้ชี้ถึงความจำเป็นในการขยายกรอบการศึกษาต่อไปให้ครอบคลุม เนื่องจากงานวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีความซับซ้อนและได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยที่อยู่นอกเหนือกรอบการศึกษาเช่น ปัจจัยเชิงระบบบริการสุขภาพ นโยบาย และ

สภาพแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงระบบและนโยบาย รวมถึงการวิจัยแบบติดตาม (longitudinal studies) และการทดลองเชิงปฏิบัติการ (intervention studies) เพื่อสะท้อนความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน และเพิ่มพลังการทำนายของโมเดล ซึ่งจะช่วยสร้างองค์ความรู้เชิงลึกสำหรับการพัฒนานโยบายและแนวปฏิบัติในอนาคต

ข้อจำกัดการวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาได้แก่ การเก็บข้อมูลดำเนินการเฉพาะในจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งเป็นพื้นที่อุตสาหกรรมและมีบริบททางสังคมและเศรษฐกิจเฉพาะ อาจจำกัดความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังบริบทอื่น ๆ ได้โดยตรง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างจำกัดอยู่เพียงผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัส ซึ่งอาจมีพฤติกรรมการป้องกันแตกต่างจากผู้ที่ยังไม่ได้รับการรักษาหรือประชากรกลุ่มอื่น อีกทั้งการออกแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้โดยตรง และตัวแปรที่ศึกษาเน้นเฉพาะด้านบุคคลและสังคม ยังไม่ครอบคลุมมิติของปัจจัยเชิงระบบและนโยบาย ซึ่งอาจมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การพัฒนางานวิจัยในอนาคตควรออกแบบการศึกษาในเชิงทดลองหรือการติดตามในระยะยาว รวมทั้งการศึกษาปัจจัยเชิงระบบและนโยบาย (บริการสุขภาพ, การตีตรา, การเข้าถึงทรัพยากร) และการเปรียบเทียบในบริบททางเศรษฐกิจสังคมที่หลากหลาย เพื่อสร้าง

องค์ความรู้ที่มีความครอบคลุมและเชื่อมโยงเชิงเหตุและผลได้ดียิ่งขึ้น

2. การศึกษาต่อยอดควรเน้นการพัฒนาและทดสอบโปรแกรม เช่น โปรแกรมการให้คำปรึกษา, โปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม, หรือโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างความรู้และการรับรู้เชิงบวกต่อการป้องกันโรค

3. หน่วยบริการสุขภาพควรบูรณาการการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลเช่น แอปพลิเคชันให้ความรู้ การแจ้งเตือนการรับยา ระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ และโปรแกรมการให้ความรู้เฉพาะด้านการติดเชื้อฉวยโอกาสที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างความรู้ การรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

References

1. World Health Organization. Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Aug 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics — 2023 fact sheet [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2023 [cited 2025 Aug 25]. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Global HIV and Tuberculosis: Thailand [Internet]. Atlanta: CDC; 2025 [cited 2025 Aug 25]. Available from: <https://www.cdc.gov/global-hiv-tb/php/where-we-work/thailand.html>

4. Wongkittipong P, Kiertiburanakul S. Incidence and Predicting Factors of Opportunistic Infections after Antiretroviral Therapy Initiation among Treatment-naïve Patients with HIV Infection: A Retrospective Cohort Study in A Tertiary Care Hospital. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2024 Jan-Dec;23:23259582241241167. doi: 10.1177/23259582241241167. PMID: 38592111; PMCID: PMC11005498.

5. Eamsakulrat P, Kiertiburanakul S. The impact of timing of antiretroviral therapy initiation on retention in care, viral load suppression and mortality in people living with HIV: A study in a university hospital in Thailand. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2022;21:23259582221082607. doi: 10.1177/23259582221082607

6. Low A, Gavriilidis G, Larke N, et al. Incidence of opportunistic infections and the impact of antiretroviral therapy among HIV-infected adults in low- and middle-income countries: A

systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2016;62(12):1595-1603.

7. Department of Disease Control (TH), HIV Info Hub. HIV situation in Thailand, 2022 [Internet]. Bangkok: Department of Disease Control; 2022 [cited 2025 Jun 6]. Available from: <https://www.ddc.moph.go.th/das/publishinfo/detail.php?publish=15491&deptcode=das>

8. Green LW, Kreuter MW. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005. Available from: <https://www.worldcat.org/title/health-program-planning-an-educational-and-ecological-approach/oclc/56050936>

9. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G*Power software. *J Educ Eval Health Prof*. 2021;18:17. doi: 10.3352/jeehp.2021.18.17. Epub 2021 Jul 30. PMID: 34325496; PMCID: PMC8441096.

10. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1992.

11. Chotisen O, Praditbatuka S, Cheevakasamsook A. Factors Related to Health Behaviors among People Living with HIV/AIDS: A Case Study of Sirindhorn Hospital, under the Bangkok Metropolitan

Administration [Internet]. J Royal Thai Army Nurses. 2015 Jun 16 [cited 2025 Jun 6];16(1):41-50. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/35808>

12. Department of Disease Control (Thailand), Bureau of AIDS, TB and STIs. Knowledge set for HIV and AIDS patient care through direct disease learning process. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2011

13. Nirmalan PK. The validation of questionnaires. Kerala J Ophthalmol. 2021 Sep–Dec;33(3):260-2. doi: 10.4103/kjo.kjo_12_21

14. Simmonds P. The testing of preliminary assumptions of linear regression analysis. Journal of Research and Curriculum Development [Internet]. 2018 [cited 2025 Aug 25];7(2):20-37. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jrcd/article/view/115566>

15. Earnshaw, V.A., Smith, L.R., Chaudoir, S.R. et al. HIV Stigma Mechanisms and Well-Being Among PLWH: A Test of the HIV Stigma Framework. AIDS Behav 17, 1785–1795 (2013). <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0437-9>

16. Boonyaleepun S, Saengsuwan J, Phutthapitakphon S, Klanklin A, Nansupawat W, Srichakkrokot J, Polphutha L, Chaisit Y, Khumklang W, Kumchai A, Niyomna U. Health behaviors of working-age patients with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy at a tertiary care hospital. Nurs J CMU [Internet]. 2014 Jun 21 [cited 2025 Jun 6];40(1):1–13. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/19036>

17. Wangmukklang K, Boonsathian W, Pakdeewong N. Factors affecting antiretroviral therapy adherence among adult HIV patients at a secondary care hospital in Nakhon Ratchasima province. Thai AIDS J [Internet]. 2024 Sep–Dec [cited 2025 Jun 6];36(3):121–34. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/article/view/268576> .

18. Wachamo D, Bonja F. Magnitude of Opportunistic Infections and Associated Factors Among HIV-Positive Adults on ART at Selected Public Hospitals in Sidama National Regional State, Southern Ethiopia. HIV AIDS (Auckl). 2020 Sep 28;12:479–87. doi: 10.2147/HIV.S265274

19. Sutini, Rahayu SR,
Saefurrohimi MZ, Al Ayubi MTA, Wijayanti
H, Wandastuti AD, Miarso D, Susilastuti
MS. Prevalence and Determinants of
Opportunistic Infections in HIV Patients: A
Cross-Sectional Study in the City of
Semarang. *Ethiop J Health Sci.* 2022
Jul;32(4):809-816. doi:
10.4314/ejhs.v32i4.18. PMID: 35950061;
PMCID: PMC9341011.

20. Berhe H, Godana W, Boti
Sidamo N, Birgoda GT, Gebresillasie L,
Hussen S, Gebeyehu S. Perceived Social
Support and Associated Factors Among
Adults Living with HIV/AIDS Attending ART
Clinic at Public Hospitals in Gamo Zone,
Southern Ethiopia 2021. *HIV AIDS (Auckl).*
2022;14:103-117

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ของพนักงานในสถานประกอบการ

ศรินันท์ อินสำราญ*

เพลินพิศ บุญยามาลิก** สุรินธร กลัมพากร***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการ กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานในสถานประกอบการที่สูบบุหรี่ในจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมเพื่อสร้างแรงจูงใจ ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ 2) การ “สัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจให้ถึงฝัน” ในการเลิกบุหรี่ 3) การสร้างความเชื่อมั่นและการค้นหาสิ่งที่ลี้ลับเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ และ 4) การส่งเสริมศักยภาพและติดตามพฤติกรรมการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาการศึกษาทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและ PiCo + Smokerlyzer วัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-Square สถิติ Fisher’s Exact Test สถิติ Repeated measure One-way ANOVA และสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 7 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกมีค่าคะแนนเฉลี่ยดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปได้ว่าโปรแกรมประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมีผลต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการที่ดีขึ้น และสามารถลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันได้

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อสร้างแรงจูงใจให้เลิกบุหรี่ และอธิบายผลการประเมินระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจที่เชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพ วางแผน ค้นหาสิ่งที่ลี้ลับโดยให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและสร้างแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

คำสำคัญ: พฤติกรรมการเลิกบุหรี่/โปรแกรมการเลิกบุหรี่/การสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ/สถานประกอบการ

วันที่รับบทความ: 19 พฤษภาคม 2566; วันที่แก้ไขบทความ: 20 กรกฎาคม 2566; วันที่ตอบรับบทความ: 17 กุมภาพันธ์ 2567

*นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ จังหวัดบุรีรัมย์

** ผู้รับผิดชอบหลักสูตรรองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Effect of program applying motivational interviewing on smoking cessation behavior among workers in a manufacturing company

Sirinan Insamran*

Plernpit Boonyamalik** Surintorn Kalampakorn***

ABSTRACT

This Quasi-experimental research aimed to examine the effect of a program applying the Motivational Interview on the smoking cessation behavior of employees in the workplace. The study samples were currently cigarette smoking workers in Samut Sakhon and Samut Prakan provinces. Using purposive sampling, the samples were divided into experimental and comparison groups, 30 people each. The experimental group was given the program consisting of 4 activities; 1) Relationship building and motivation to quit smoking, 2) "The interview to motivate them to achieve their dreams" in smoking cessation, 3) Building confidence, 4) Promoting potential and continuously monitoring smoking cessation behavior. The duration of the study was 7 weeks. The instruments used for data collection were questionnaires and the PiCo + Smokerlyzer to measure exhaled Carbon monoxide levels. Data were analyzed using frequency distribution, mean, standard deviation, Chi-square, Fisher's Exact Test, Repeated measured One-way ANOVA, and Independent t-test.

The results showed that after participating in the program for 7 weeks, the experimental group had significant lower the average number of cigarettes smoked per day and better smoking cessation behavior than those before and the comparison group ($p < .001$). In addition, the exhaled carbon monoxide levels were also significantly better than before and better than the comparison group ($p < .05$). It was concluded that the program applying Motivational Interview had a better effect on the smoking cessation behavior and number of cigarettes smoked per day of employees in the workplace.

This study can be used as a guideline to motivate smoking cessation and explain the results of assessing breath carbon monoxide levels linked to health conditions. It can be used to plan and find out what hesitates by believing in self-abilities and motivating smoking cessation behavior among the workers.

Key Words: SMOKING CESSATION BEHAVIOR/ SMOKING CESSATION PROGRAM/ MOTIVATIONAL INTERVIEW/ WORKPLACE

Article info: Received: May 19, 2023, Revised: July 27, 2023, Accepted: February 17, 2024

* Graduate Student in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Public Health, Mahidol University, THAILAND

** Corresponding Author, Associate Professor Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

*** Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ โดยพบว่ามีผู้เสียชีวิตกว่า 8 ล้านคนต่อปีทั่วโลก ในจำนวนนี้พบว่ากว่า 7 ล้านคนเป็นผลมาจากการใช้ยาสูบโดยตรง ประมาณ 80% ของผู้สูบบุหรี่ ทั่วโลกอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง¹ ในประเทศไทยจากการสำรวจพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งปอดนั้น ร้อยละ 90 เป็นผลเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ โดยมีผลวิจัยระบุว่า ผู้ที่สูบบุหรี่เกินวันละ 1 ซอง จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบลึง 5-20 เท่า² นอกจากนี้ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นตามปริมาณบุหรี่ที่สูบ โดยจะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2-4 เท่า³ จากผลการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชากร ในประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่า จากจำนวนประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) กลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด (ร้อยละ 21.9)⁴ ซึ่งอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยแรงงานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่ถือเป็นการทำลายสุขภาพทั้งต่อตัวผู้สูบเองและผู้อยู่ใกล้ชิดที่สุดเอาอากาศที่มีควันบุหรี่เข้าไป และยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก⁵ รวมถึงมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสำหรับการรักษาโรคที่เกิดจากการใช้ยาสูบ⁶ จากการศึกษาติดตามจำนวนคนไทยที่เสียชีวิตจากหลากหลายโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ ในปี 2557 พบว่าคนไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ 54,512 ราย

ทั้งนี้ การเสียชีวิตของชายไทย 47,770 ราย จากการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 17 หรือ 1 ใน 6 ของจำนวนชายไทยที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ 273,722 คนในปีเดียวกัน ขณะที่การเสียชีวิตของเพศหญิงจากการสูบบุหรี่ 6,742 คน คิดเป็นร้อยละ 3 ของหญิงไทยที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ 212,327 คน ภายในปีเดียวกัน⁷

ในจังหวัดสมุทรสาครประชากรจากทะเบียนจำแนกตามกลุ่มอายุ (วัยเด็ก วัยแรงงาน วัยสูงอายุ) และเพศ ปี พ.ศ. 2552 - 2561 พบว่า วัยแรงงานหรือวัยที่มีอายุ 15-59 ปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนทั้งหมด 361,120 คน คิดเป็นร้อยละ 62.48 โดยแยกเป็นเพศชาย 174,112 คน เพศหญิง 187,008 คน⁹ จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าวัยทำงานถือเป็นรากฐานสำคัญของประชากร หากมีสุขภาพแข็งแรงจะส่งผลให้สังคมเข้มแข็ง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพจะสำเร็จได้ยากและไม่ยั่งยืน หากไม่ได้รับความร่วมมือที่เข้มแข็งเพียงพอ โดยเฉพาะพฤติกรรม การเลิกสิ่งที่ทำลายสุขภาพ การที่วัยแรงงานมีสุขภาพดีเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลดีต่อตนเองโดยตรง รวมถึงในการทำงานหารายได้ตลอดจนผลต่อการพัฒนาประเทศในการเพิ่มผลผลิตให้กับประเทศ จากการศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพของแรงงานไทย ในปี 2553 ระบุว่าหากวัยแรงงานมีสุขภาพที่ดีก็จะส่งผลต่อศักยภาพในการผลิตที่ดีเช่นกัน จากรายงานภาวะสุขภาพของแรงงานไทย 2553 พบว่า โรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว 3 ลำดับสูงสุดที่แรงงานมี ส่วนใหญ่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 32.4) รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน/ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ (ร้อยละ 21.1) และโรคเรื้อรังของระบบหายใจ (ร้อยละ 18.7) นอกจากนี้ยังพบว่า แรงงานชายและหญิง

ที่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือด จากข้อมูลของสถานประกอบการนี้ ตั้งอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าจากข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่าพนักงานมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 15 ของจำนวนพนักงานชายทั้งหมด สถานประกอบการนี้ ถือเป็นขนาดใหญ่ ในสถานประกอบการแห่งนี้ยังไม่มีนโยบายด้านสุขภาพในเรื่องส่งเสริมการเลิกบุหรี่สำหรับพนักงาน และไม่ได้เข้าร่วมโครงการสถานประกอบการปลอดบุหรี่ โดยบริบทในสถานประกอบการมีการจัดจุดสูบบุหรี่ใกล้บริเวณที่จอดรถ ซึ่งห่างจากตัวอาคารประมาณ 300 เมตร ส่วนสวัสดิการด้านสุขภาพสำหรับพนักงาน ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี การทำประกันกลุ่มอุบัติเหตุของพนักงาน และประกันสังคม ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติเพื่อการควบคุมยาสูบของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายอัตราการบริโภคยาสูบในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีเป้าหมายต้องไม่เกินร้อยละ 14.7 ในปี พ.ศ. 2568 โดยปรับลดลงจากเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกในเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับโลก¹⁰ ที่มีเป้าหมายจะต้องลดอัตราการบริโภคยาสูบลงให้ได้ภายในปี 2568 อย่างน้อย ร้อยละ 30

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามี การนำแนวคิดและหลักการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จ บุคคลเกิดแรงจูงใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยพบว่า การสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย และทำให้เกิดผลลัพธ์

ทางคลินิกที่ดีได้¹¹ เนื่องจากการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการบำบัดที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางรวมทั้งทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ¹² รวมถึงเป็นการเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสร้างเป้าหมายต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม¹³

จากแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งถือเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดี ป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะนำแนวคิดนี้มาเป็นแนวทางในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในพนักงานในสถานประกอบการ ซึ่งการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมเลิกบุหรี่ เป็นวิธีการบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้ผลดีสำหรับผู้มีภาวะเสพติด เนื่องจากแรงจูงใจเป็นปัจจัยที่สำคัญของบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ เป็นผู้สัมภาษณ์ มีบทบาทในการชี้แนะ สนับสนุน ช่วยเหลือในการค้นหาปัญหาและแก้ไข ความลังเลใจ ช่วยให้ผู้ใช้ร่วมโปรแกรมเกิดแรงจูงใจจากภายในในการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน และตัดสินใจทำตามกระบวนการเลิกและหยุดการเสพติดบุหรี่ได้อย่างถาวร โดยจะทำการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยแล้ว สร้างเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยช่วยให้ผู้ที่ติดบุหรี่มีพฤติกรรมเหมาะสมที่ยั่งยืนและเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีต่อไป และเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพและลดปัญหาสุขภาพของประชาชนในโรคที่สามารถเลี่ยงและป้องกันได้ ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ

เพื่อการควบคุมยาสูบของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อลดการสูบบุหรี่รวมถึงลดภาระงบประมาณการรักษาพยาบาลของประเทศ

คำถามงานวิจัย

โปรแกรมประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจมีผลต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการ หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก ระดับการติดยาโคติน และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระยะก่อน หลังการใช้โปรแกรม และระยะติดตามผล

2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก ระดับการติดยาโคติน และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของพนักงานในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยดีกว่าก่อนทดลอง ในเรื่อง จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก ระดับการติดยาโคติน และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่

2. ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของพนักงานในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในเรื่อง จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก ระดับการติดยาโคติน และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) ของ Miller & Rollnick (2010) ซึ่งแสดงในกรอบแนวคิดมีการดำเนินการทั้งหมด 4 กิจกรรม ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

**โปรแกรมประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสัมภาษณ์
เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่**

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่
ผ่านกิจกรรมกลุ่ม กระตุ้นการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน ใช้ 4 เทคนิค OARS

- Opened-end question (การตั้งคำถามปลายเปิด)
- Affirmation (การยืนยันรับรอง)
- Reflect listening (การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ)
- Summarization (การสรุปความ)

ใช้ Self-Motivational Statement (กล่าวข้อความที่จูงใจตนเอง)

กิจกรรมที่ 2 การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่
ผ่านกิจกรรมรายบุคคล “สัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ ให้ถึงฝัน” ใช้ 5
หลักการ Develop discrepancy (การแยกแยะให้เห็นความต่าง)

- Avoid argumentation (การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง)
- Roll with resistance (การยอมรับการต่อต้าน)
- Express empathy (การแสดงความเห็นอกเห็นใจ)
- Support Self-efficacy (การสนับสนุนศักยภาพ)

4 เทคนิค OARS และ Self-Motivational Statement (กล่าว
ข้อความที่จูงใจตนเอง)

กิจกรรมที่ 3 การสร้างความเชื่อมั่นและการค้นหาสิ่งที่ล้าใจ
เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ ผ่านกิจกรรมกลุ่ม “บทบาทสมมุติ-พาหยุดบุหรี่”
ใช้ 5 หลักการ

- Develop discrepancy (การแยกแยะให้เห็นความต่าง)
- Avoid argumentation (การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง)
- Roll with resistance (การยอมรับการต่อต้าน)
- Express empathy (การแสดงความเห็นอกเห็นใจ)
- Support self-efficacy (การสนับสนุนศักยภาพ)

2 เทคนิค Reflect listening (การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ)
และ Summarization (การสรุปความ)

กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมศักยภาพและติดตามพฤติกรรมเลิกบุหรี่
อย่างต่อเนื่อง ผ่านกิจกรรม “Follow-โทรหา” ใช้ 2 หลักการ

- Express empathy (การแสดงความเห็นอกเห็นใจ)
- Support self-efficacy (การสนับสนุนศักยภาพ)

2 เทคนิค Reflect listening (การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ)
และ Summarization (การสรุปความ)



1. จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน
2. ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก
3. ระดับการติดยาโคติน
4. พฤติกรรมการเลิกบุหรี่
5. การเลิกบุหรี่

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ พนักงานในสถานประกอบการที่มีพฤติกรรมการติดบุหรี่ ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร และในเขตบางปู จังหวัดสมุทรปราการ และกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นพนักงานในสถานประกอบการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและสนใจเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย โดยใช้การกำหนดตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sample) ตามเกณฑ์ที่กำหนด กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณ Power Analysis โดยมีการคำนวณขนาดอิทธิพล หรือค่า Effect size จากการประมาณค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม (Cohen, 1998) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเปรียบเทียบ เทียบกลุ่มละ 26 คน รวมเป็น 52 คน ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างทดลองของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มให้มากขึ้น โดยมากกว่าที่คำนวณได้อีกร้อยละ 15 ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมดเป็น 60 คน

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) เป็นพนักงานประจำ อายุ 18 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงเวลา 30 วันที่ผ่านมาตามเกณฑ์ของ National Survey on Drug Use and Health (2012) มีระดับความรุนแรงของการติดนิโคตินระดับปานกลางขึ้นไป (4 คะแนนขึ้นไป) สูบบุหรี่อยู่ในระยะลังเลใจที่จะเลิกบุหรี่ (Contemplation) หรือเตรียม

ตัวเลิกบุหรี่ (Preparation) และผู้สูบบุหรี่อยู่ในระยะกำลังเลิกสูบบุหรี่ (Action) แต่เลิกได้ยังไม่ถึง 6 เดือน ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพร้ายแรงจนส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรม สามารถสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) คือ สูบบุหรี่ไฟฟ้า ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของโปรแกรม และลาออกจากงาน

การพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการศึกษาลงหลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หนังสือรับรองโครงการวิจัย เลขที่ MUPH 2020-154 ลงวันที่ 8 ธันวาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกการสูบบุหรี่รายวันด้วยตนเอง และแบบบันทึกระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจของพนักงานในสถานประกอบการ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับ

การสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วย จำนวน 15 ข้อคำถาม 2) แบบทดสอบระดับ ความรุนแรงของการติดยาโคติน ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม คะแนนเต็มทั้งหมด 10 คะแนน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบทดสอบระดับการติดยาโคติน Fagerstrom test (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: FTND) โดยจำแนก ระดับความรุนแรงในการติดยาโคตินจากระดับ คะแนน Fager's score¹⁴ ส่วนที่ 2 แบบประเมิน พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ มีทั้งหมด 13 ข้อคำถาม ซึ่งแบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วน ประมาณค่าหรือ Rating Scale 3 ระดับทั้งหมด และส่วนที่ 3 แบบบันทึกการสูบบุหรี่รายวัน ด้วยตนเอง โดยต้องบันทึกอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ เริ่มกิจกรรมจนถึงวันเก็บข้อมูลวันสุดท้ายของ การวิจัย ส่วนที่ 4 แบบบันทึกระดับกึ่งการบอ นมออกไซด์ในลมหายใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ที่วัด โดยใช้เครื่องเป่า PiCo + Smokerlyzer

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำแนวคิดการ สัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick (1991) มาบูรณาการในการ ดำเนินกิจกรรมในการจัดทำโปรแกรมในครั้งนี้ คือโปรแกรมประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อ เสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของ พนักงานในสถานประกอบการ ประกอบด้วย แผนการสอนเกี่ยวกับบุหรี่ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง คู่มือการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อ พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของพนักงานในสถาน ประกอบการ และสื่อประกอบการสอน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยตรวจสอบกับ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านภายหลังการ ตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงในความชัดเจนของการ ใช้ภาษา ความตรงของเนื้อหา และผู้วิจัยนำมา พิจารณาปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำทุกข้อ จนได้รับการยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยได้ค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity Index-CVI) เท่ากับ 0.95 โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของ แบบสัมภาษณ์มีเกณฑ์การยอมรับได้อยู่ที่ 0.80 ขึ้นไป¹⁵

2. การตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของ เครื่องมือ (Reliability) ด้านการรับรู้โดยหาค่า สัมประสิทธิ์ของความคงที่ภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ผู้วิจัยนำไปทดลอง ใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 หน่วยตัวอย่าง (Pilot Survey) ซึ่งเป็นจำนวนที่เหมาะสมสำหรับการนำมา วิเคราะห์ความเที่ยง นำมาวิเคราะห์หาค่าความ เที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา ของ ครอน บาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พิจารณาค่าที่คำนวณได้จาก สัมประสิทธิ์ของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0-1 ค่าที่ เข้าใกล้ 1 จะมีความเที่ยงสอดคล้องภายในสูง แสดงว่าแบบสอบถามสามารถวัดเนื้อหาเดียวกัน และวัดได้สอดคล้องกันทุกข้อ ค่าความเที่ยงของ เครื่องมือในครั้งนี้ได้ค่าเท่ากับ 0.94 โดย กำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ไม่ควรต่ำกว่า 0.7 ถือได้ว่าเป็นเครื่องมือ ที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย¹⁶

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ติดต่อประสานงานกับสถานประกอบการในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร และในเขตบางปู จังหวัดสมุทรปราการ โดยทำหนังสือจากภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัยถึงกรรมการผู้จัดการสถานประกอบการทั้ง 2 แห่ง และสำเนาเรียนฝ่ายทรัพยากรบุคคล เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงแจ้งรายละเอียด ภายหลังได้รับอนุญาตได้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่แบบทดสอบระดับความรุนแรงของการติดนิโคติน และแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ รวมถึงนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ สร้างแรงจูงใจ เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง และกล่าวขอบคุณ มอบของที่ระลึกแก่กลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

ในช่วงเก็บข้อมูลวิจัยเป็นช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) โดย ก่อนการเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างทั้งสองสถานประกอบการได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19 Screening) จากบุคลากรทางการแพทย์ด้วยวิธีการตรวจ Antigen Rapid Test Kit (ATK) และผู้วิจัยทำการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19 Screening) ด้วยตนเองโดยวิธีการตรวจ Antigen Rapid Test Kit (ATK) ก่อนการดำเนินกิจกรรมในทุกสัปดาห์ รวมทั้งในทุกกิจกรรมผู้วิจัยจะใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลตลอดเวลา ได้แก่ หน้ากากอนามัย (surgical mask) หน้ากากพลาสติกแบบคลุมทั้งหน้า (face shield) และถุงมือตรวจโรค (gloves) ส่วนกลุ่มตัวอย่างจะต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาขณะเข้าร่วมกิจกรรม ได้รับเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งก่อนและหลังการตรวจ ATK การตรวจระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ การตอบแบบสอบถาม และการการสัมภาษณ์ เว้นระยะห่างระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งตลอดเวลาการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างในทั้งสองสถานประกอบการยินดีให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและเต็มที่กับทุกกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for window version 18 (License Mahidol University) ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของประชากร ประวัติการสูบบุหรี่ และใช้สถิติ Descriptive ในการเปรียบเทียบความแตกต่างทางลักษณะของประชากรทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ ใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สเมออร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) เพื่อทดสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูลอันตรภาค วิเคราะห์สถิติ Chi-Square และสถิติ Fisher's Exact Test ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลกับจำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน) ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ระดับการติดนิโคติน และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยใช้สถิติ Repeated measure One-way ANOVA เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ระดับการติดนิโคติน และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนทำการทดลองและภายหลังการทดลอง และใช้สถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ระดับการติดนิโคติน และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนทำการทดลองและภายหลังการทดลอง

ผลการวิจัย

จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ร้อยละ 53.3 ของกลุ่มทดลอง มีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันอยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 66.7 ของกลุ่มเปรียบเทียบ มีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันอยู่ในระดับ

ปานกลาง ในระยะหลังการทดลองก็เช่นเดียวกัน โดยมีร้อยละ 96.7 และร้อยละ 56.7 ตามลำดับ ส่วนในระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 93.3 และกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0

ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ร้อยละ 36.7 ของกลุ่มทดลอง มีระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกอยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 70.0 ของกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับในระยะหลังการทดลอง ร้อยละ 86.7 และร้อยละ 46.7 อยู่ในระดับต่ำ ส่วนในระยะติดตามผลระดับในกลุ่มทดลองยังคงมีอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 83.3 และกลุ่มเปรียบเทียบก็อยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน ร้อยละ 50.0

ระดับการติดนิโคติน พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ร้อยละ 60.0 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 100 ของกลุ่มเปรียบเทียบ มีการวัดระดับความรุนแรงของการติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำทั้งคู่ ในระยะหลังการทดลองก็เช่นเดียวกัน โดยมีร้อยละ 66.7 และร้อยละ 90.0 ตามลำดับ ส่วนในระยะติดตามผลกลุ่มทดลอง ยังคงมีระดับการติดนิโคติน ร้อยละ 70.0 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 90.0 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ร้อยละ 60.0 ของกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 66.7 ของกลุ่มเปรียบเทียบ มีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันอยู่ในระดับ

ปานกลาง ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง
อยู่ในระยะต่ำ ร้อยละ 66.7 และร้อยละ 56.7
ของกลุ่มเปรียบเทียบ อยู่ในระดับปานกลาง
ส่วนในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม

การเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 70.0
ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิก
สูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0
โดยแสดงผลในตารางที่ 1

Table 1 Percentage of the number of cigarettes smoked per day, exhaled Carbon Monoxide levels, level of nicotine addiction, and smoking cessation behavior in the pre-, post-test, and follow-up periods.

level of study variables	Intervention group (%) (n=30)			Control group (%) (n=30)		
	Low	Moderate	High	Low	Moderate	High
Number of cigarettes smoked per day						
Before	53.3	43.3	3.3	33.3	66.7	0.0
After	96.7	0.0	3.3	33.3	56.7	0.0
Follow-up period	93.3	0.0	6.7	36.7	50.0	3.3
Level of carbon monoxide in exhaled breath						
Before	36.7	30.0	33.3	3.3	70.0	26.7
After	86.7	3.3	10.0	46.7	43.3	0.0
Follow-up period	83.3	10.0	6.7	50.0	40.0	0.0
Measuring the severity of nicotine addiction						
Before	60.0	36.7	3.3	100.0	0.0	0.0
After	66.7	26.7	3.3	90.0	0.0	0.0
Follow-up period	70.0	20.0	3.3	90.0	0.0	0.0
Smoking cessation behavior						
Before	60.0	36.7	3.3	0.0	66.7	33.3
After	66.7	26.7	3.3	0.0	56.7	33.3
Follow-up period	70.0	20.0	3.3	0.0	50.0	40.0

*p-value <.05, ** p-value<.001

Table 2 Comparison of differences in mean scores, number of cigarettes smoked (cigarettes/day), carbon monoxide levels in exhaled breath, Level of nicotine addiction, and smoking cessation behavior between and within the experimental and comparison groups pre-, post-test, and follow-up ANOVA (Continuous).

variable	SS	df	MS	F	p-value
Smoking cessation behavior					
Between group					
Group	5.221	1	5.221	18.54	.000**
Discrepancy	14.925	53	.282		
Within the group					
Time	8.007	1.454	5.507	43.41	.000**
Group interaction*time	4.661	1.454	3.206	25.27	.000**
Discrepancy	9.775	77.056	.127		

*p-value <.05, ** p-value<.001

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p-value > .05) แต่พบว่ามีความแตกต่างกันในส่วนของอายุและปัญหาทางการสุขภาพหรือโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ แต่เนื่องจากทั้งสองกลุ่มยังไม่เคยได้รับข้อมูลและโปรแกรมเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่มาก่อน จึงไม่ส่งผลต่อการจัดโปรแกรมการศึกษาในครั้งนี้ ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อนการทดลอง ได้แก่ จำนวนมวนการสูบบุหรี่ต่อวัน จำนวนปีที่สูบบุหรี่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ สาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่ ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ ระยะ เวลาที่เคยเลิก วิธีที่เคยใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ สาเหตุที่เคยเลิกบุหรี่ สาเหตุที่เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ สาเหตุที่เลิกสูบบุหรี่ครั้งนี้ และการใช้ยา ผลิตภัณฑ์

นิโคตินทดแทน หรือผลิตภัณฑ์สมุนไพรในการเลิกบุหรี่ พบว่า จำนวนมวนการสูบบุหรี่ต่อวัน เมื่อเปรียบเทียบจำนวนมวนการสูบบุหรี่ต่อวันทั้งสองกลุ่มไม่ใกล้เคียงกัน ($t = .978$, p-value <.001) จำนวนมวนการสูบบุหรี่ต่อสัปดาห์ พบว่า ทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน ($F = 1.00$, p-value <.001) จำนวนปีที่สูบบุหรี่ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนปีที่สูบบุหรี่ที่ใกล้เคียงกัน ($t = .155$, p-value <.001) อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน ($F = .052$, p-value <.001) สาเหตุที่ทำให้เริ่มสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 61.3 จะเริ่มสูบบุหรี่เพราะอยากสูบบุหรี่เอง ($\chi^2 = .039$, p-value <.001) และร้อยละ 38.6 จะเริ่มสูบบุหรี่เวลาเครียดหรือใช้ความคิด ($\chi^2 = .008$, p-value <.001) ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีความพยายามในการเลิกบุหรี่อย่างจริงจัง น้อยกว่า 5 ครั้ง ร้อยละ 53.4 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ($F = .603$, p-value <.001) ระยะเวลาที่เคยเลิก น้อยกว่า 6 เดือน

($\chi^2 = .688$, p-value <.001) ระยะเวลาที่เคยเล็กได้นานที่สุด (เดือน) พบว่า มีระยะเวลาที่เคยเล็กน้อยกว่า 1 เดือน ร้อยละ 66.5 ($\chi^2 = .688$, p-value <.001) วิธีที่เคยใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่จะค่อยๆลดจำนวนลงเรื่อย ๆ ($t = .022$, p-value <.001) สาเหตุที่เคยเลิกบุหรี่ เพราะเห็นว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ($\chi^2 = .438$, p-value <.001) สาเหตุที่เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ ส่วนใหญ่เพราะมีความเครียด สาเหตุที่เลิกสูบบุหรี่ครั้งนี้ พบว่า มีเหตุจูงใจในการเลิกบุหรี่ครั้งนี้มาจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ร้อยละ 33.3 ($\chi^2 = .039$, p-value <.001) การช้ยา ผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทน หรือผลิตภัณฑ์สมุนไพรในการเลิกบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีการช้ยาผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทน หรือผลิตภัณฑ์สมุนไพรในการเลิกบุหรี่ ร้อยละ 96.7 ($\chi^2 = .313$, p-value <.001)

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการ ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผลในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับก๊าศคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) และการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับก๊าศคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลดี

กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของการติดนิโคตินไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของการติดนิโคตินในระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (p-value =.973) และค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของการติดนิโคตินระยะติดตามผลของทั้งสองกลุ่มก็ไม่แตกต่างกัน (p-value =.467) กล่าวโดยสรุปได้ว่า การทดลองนี้ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของการติดนิโคตินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001)

จุดแข็งจากงานวิจัยครั้งนี้

งานวิจัยนี้มีการออกแบบโปรแกรมที่มีแบบแผนการดำเนินการที่กระชับ ชัดเจน สะดวก และปรับให้เข้ากับบริบทการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการที่ตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรม แม้ในสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการเก็บข้อมูลมากนัก เนื่องจากสถานการณ์ การแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ไม่ว่าจะเป็นการตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ทั้งสองสถานประกอบการยังให้การชื่นชมผู้วิจัยว่าสามารถจัดการป้องกันการแพร่กระจายโรคในกลุ่มตัวอย่างได้ดี งานวิจัยยังชี้ให้เห็นว่า การเข้าร่วมโปรแกรมประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของพนักงาน

ในสถานประกอบการ ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ทำให้พนักงานมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงพนักงานในสถานประกอบการได้ทราบถึงระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก ซึ่งโดยบริบทในชีวิตประจำวันหาเป้าได้ยาก และโดยรวมพนักงานที่เข้าร่วมโปรแกรม มีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้น

จุดอ่อนจากงานวิจัยครั้งนี้

โปรแกรมประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการนี้มีระยะเวลาจำกัดในการสัมภาษณ์พนักงาน เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านภาระหน้าที่ของงานที่ทำอยู่

สรุป

โปรแกรมประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการกลุ่มทดลองโดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ดีกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบทั้งภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร จากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการอื่นๆเพื่อส่งเสริมให้เกิดสถานประกอบการปลอดบุหรี่ รวมถึงส่งเสริมให้พนักงานทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตรา

การลาป่วยของพนักงานที่มีสาเหตุจากโรคจากการสูบบุหรี่ การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากการสูบบุหรี่ ลดอัตราการนอนและการครองเตียงในโรงพยาบาลที่มีสาเหตุจากโรคจากการสูบบุหรี่ รวมถึงทำให้เป็นแนวปฏิบัติในสถานประกอบการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ด้านการบริการ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลโดยนำรูปแบบของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ไปปรับใช้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพนักงานในการช่วยเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล รวมถึงส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการเลิกบุหรี่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการถอนบุหรี่ อีกทั้งยังลดภาวะพึ่งพิงที่อาจเกิดจากการเจ็บป่วยหรือโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังนำไปเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และศักยภาพในการให้บริการการช่วยเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสุขภาพได้

3. ด้านการศึกษา เพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางที่จะนำไปพัฒนางานและนวัตกรรมทาง การให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ รวมถึงการพัฒนาการนำเสนองานวิชาการเกี่ยวกับคลินิกเลิกบุหรี่ให้เกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่ ซึ่งการวิจัยนี้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ทัวถึง และเป็นประโยชน์สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติพยาบาลได้จริง

4. ด้านบทบาทพยาบาลในการช่วยเลิกบุหรี่ สามารถนำผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางในการจำแนกผู้สูบบุหรี่ เป็นการประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ จำแนกผู้สูบบุหรี่ตามระดับความพร้อมของการเลิกบุหรี่ โดยใช้แบบ

ประเมินระดับการติดยาโคติน Fagerstrom ประเมินระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ โดยใช้เครื่อง PiCo Smokerlyzer CO Monitor เพื่อประเมินสมรรถภาพปอดของพนักงานผู้สูบบุหรี่ เพื่อจูงใจให้เลิกบุหรี่โดยใช้ผลการตรวจเป็นตัวกระตุ้นแรงจูงใจ รวมถึงส่งต่อหรือให้คำแนะนำในการใช้บริการสายด่วนเลิกบุหรี่ Quitline 1600 ซึ่งในขณะที่อยู่ในกระบวนการเลิกบุหรี่ควรติดตามและให้ความช่วยเหลือ เพื่อลดความอยากบุหรี่และการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง

ข้อเสนอแนะในการทบทวนวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษาอย่างน้อย 12 สัปดาห์ เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในพนักงานในสถานประกอบการได้มากขึ้น เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการศึกษา จึงทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ในช่วงแรกเท่านั้น

2. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว ด้วยการติดตามพยาบาลอาชีวอนามัยในสถานประกอบการในการนำโปรแกรมไปปรับใช้กับพนักงานงานในการเลิกบุหรี่ เพื่อให้เห็นประสิทธิภาพในระยะยาวอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. ควรเพิ่มการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การวัดระดับนิโคตินในปัสสาวะ เพื่อความแม่นยำและยืนยันผลระดับนิโคตินก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

4. ในกลุ่มที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ควรนำเสนอผู้เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาให้สิทธิประโยชน์หรือรางวัลตามความเหมาะสม

ส่วนกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ควรมีการประเมินความพร้อมอีกครั้ง ก่อนทำการเริ่มประเมินปัญหา และร่วมกันเข้าสู่ขั้นตอนการเลิกบุหรี่ใหม่อีกครั้ง

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ไม่ได้รับทุนการศึกษาจากแหล่งใด ผู้วิจัยจักขอขอบพระคุณความร่วมมือจากกรรมการผู้จัดการ ฝ่ายทรัพยากรบุคคลของสถานประกอบการทั้ง 2 แห่ง คือ สถานประกอบการในอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรสาคร และในเขตบางปู จังหวัดสมุทรปราการ ตลอดจนพนักงานทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการศึกษาทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

Reference

1. World Health Organization. Tobacco [Internet]. 2022 [cited 2022 July 29]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Thai Health Official. Smoking and lung cancer [Internet]. 2018 [cited 2020 May 16]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Smoking-and-lung-cancer-2/> (in Thai)
3. Thailand Health Promotion Foundation. Cigarette Books Disaster Destroys You: The Negative Effects of Cigarettes. (in Thai)

4. National Statistical Office Thailand. Thailand Tobacco Consumption Statistics Report [Internet]. 2018. [cited 2020 December 24]. Available from: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Survey/Social/Health.aspx> (in Thai)

5. Somsak Akkasin. Thai Health Official. Toxins in Cigarettes Cause Heart Disease [Internet]. 2019. [cited 2020 May 28]. Available from: [https://www.thaihealth.or.th/Toxins in cigarettes - cause heart damage disease//](https://www.thaihealth.or.th/Toxins%20in%20cigarettes%20-%20cause%20heart%20damage%20disease/) (in Thai)

6. Ministry of Health. Strategic Plan for the Development of Thai Disease and Health Assessment Index International Health Policy Development Agency. 2018. (in Thai)

7. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. Doctors reveal that smoking kills tens of thousands of Thai people each year, indicating that control measures are still ineffective [Internet]. 2018. [cited 2020 October 7]. Available from: [https://www.trc.or.th/th/News/Publications/Cigarette News/23-Doctors reveal that cigarettes cause tens of thousands of deaths a year in Thailand, pointing to ineffective control measures.html](https://www.trc.or.th/th/News/Publications/Cigarette%20News/23-Doctors%20reveal%20that%20cigarettes%20cause%20tens%20of%20thousands%20of%20deaths%20a%20year%20in%20Thailand%20pointing%20to%20ineffective%20control%20measures.html). (in Thai)

8. Juthamas Tiensaad, Nirobol. Motivation-enhancing interviews: concepts and applications in people with chronic kidney disease at the Chronic Kidney Clinic. Ramathibodi Nursing Journal. 2016;22(3):223-32. (in Thai)

9. Anstiss. Motivational interviewing in primary care [Internet]. 2009. [cited 2020 March 18]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19253016/>

10. McMurrin. Motivational interviewing with offenders: A systematic review [Internet]. 2009. [cited 2020 April 18]. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Motivating-offenders-to-change%3A-A-guide-to-in-Griffiths-McMurrin/c47f366ad58a4f652d1068c1f69d9100a8ad453f>

11. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principles and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

12. Vanichbuncha K. Using SPSS for Window for data analysis. 6th ed. Bangkok: Thammasarn Company; 2003. (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

ณัทวี โกอิสทินันท์*

ขวัญใจ อำนาจสัต์ยี่ชื่อ** เพลินพิศ บุญยมาลิก***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (A cross-sectional descriptive study) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 370 คน เลือกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจาก 8 ชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาโดยผู้วิจัยประกอบด้วย 6 ส่วน ค่า CVI ทั้งฉบับมากกว่า 0.8 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) ระหว่าง 0.75-0.86

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.6 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.6 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 53.5 และมีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.3 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 60.5 จากผลการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.495$) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = 0.397$) และสัมพันธ์ภายในครอบครัว ($r = 0.371$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (p -value < 0.001) แต่ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ($r = -0.132$) จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม สามารถรวมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 32.1 (p -value < 0.001)

ผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาระบบบริการเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยเน้นการสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีความรอบรู้สุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นด้วย

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต/ ปัจจัยทำนาย/ ผู้สูงอายุ/ กรุงเทพมหานคร

วันที่รับบทความ: 28 สิงหาคม 2566; วันที่แก้ไขบทความ: 25 กันยายน 2566; วันที่ตอบรับบทความ: 11 พฤศจิกายน 2566

**นักศึกษาลัทธิสุทธยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

***ผู้รับผิดชอบหลักรองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

Mental Health Literacy Among Older Adults in Bangkok

Nutwadee Koistinen*

Kwanjai Amnatsatsue** Plernpit Boonyamalik***

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive study aimed to examine mental health literacy and its predictive factors among community-dwelling older adults living in the Bangkok Metropolitan area. A total of 370 individuals, including both males and females aged 60 years and above, were recruited from 8 communities in Bangkok using a multi-stage sampling method. Data were collected by a researcher using a 6-part questionnaire, with CVI value greater than 0.8 and acceptable Cronbach's alpha of 0.75-0.86.

The findings revealed that most subjects were female (67.6%), aged between 60-69 years old (54.6 %), married (53.5%). Most subjects had primary school education (60.3 %), and got diagnosed of Hypertension (60.5 %). According to Pearson product-moment correlation, a positive relationship between mental health literacy and social support ($r = 0.495$), access to health services ($r = 0.397$), and family relationships ($r = 0.371$) at (p -value < 0.001). Nevertheless, there was a negative correlation between depression and mental health literacy ($r = -0.132$). In addition, Multiple linear regression revealed that access to health services and social support could jointly explained 32.1% of the variation in mental health literacy among older people at p -value < 0.001 .

The findings of this study can be utilized to develop nursing services that enhance mental health literacy among elderly individuals in Bangkok. Focus should be placed on improving social support and increasing accessibility to health services in order to promote healthy mental well-being.

KEYWORDS: Mental health literacy/ Predictive factors/ Older adults/ Bangkok metropolitan

Article info: Received: August 28, 2023, Revised: October 9, 2023, Accepted: November 11, 2023

*Graduate Student in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Public Health, Mahidol University, THAILAND

** Corresponding Author, Associate Professor Dr. Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok

***Associate Professor Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก ในขณะที่อัตราการเพิ่มประชากรของโลกช้าลง ในปี พ.ศ. 2560 ประชากรโลกมีจำนวนผู้สูงอายุ ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 962 ล้านคน เป็นร้อยละ 13 ของประชากรโลกทั้งหมดที่มีถึง 7,550 ล้านคน และจากผลสำรวจในปี พ.ศ. 2560 ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่ากำลังใกล้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยผู้สูงอายุหรือผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2537 คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี พ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด 65.5 ล้านคน¹

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมิแนวนั้นมีรุนแรงและระยะเวลาในการบำบัดรักษานาน ดังนั้น บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อลดปัญหาทางสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม ซึ่งทำให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมีความยากลำบากมากขึ้น และลดภาระในการดูแลเมื่อผู้สูงอายุป่วย ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ²

การมีสุขภาพที่ดีเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องเน้นให้มากขึ้นควบคู่กับวัยสูงอายุ เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่อวัยวะทุกส่วนของร่างกายเสื่อมถอยอย่างชัดเจน ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงคือสิ่งที่สำคัญในการปฏิบัติตนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีในวัยสูงอายุ และควรให้ความสำคัญในการดูแลร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญาพร้อมกันอย่างสมดุล³ ในปัจจุบันการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับชาติ ถูกระบุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ ของกรมสุขภาพจิตในช่วง

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 – 2580) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต⁴

กรุงเทพมหานครมีการปกครองด้วยรูปแบบพิเศษที่แบ่งเป็นเขต 50 เขต โดยดัชนีจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร ในปี พ.ศ. 2560 มีทั้งหมด 5,686,646 คน ซึ่งแบ่งออกเป็น ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งหมดอยู่ที่ 936,865 คน คิดเป็นร้อยละ 16.47 ของประชากรในเขต และการสำรวจประชากรผู้สูงอายุของกรมกิจการผู้สูงอายุ (2559) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวในเขตกรุงเทพมหานครและเทศบาลรวมมีร้อยละ 10 ของประชากร จากการสำรวจข้อมูลในปี พ.ศ. 2554 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 54.72 มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 61.32 มีความวิตกกังวล เครียด สิ้นหวัง และซึมเศร้า และไม่มีอาชีพ ร้อยละ 32.41 จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยคุณลักษณะ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เฉลี่ยของครอบครัว การได้รับความรู้หรือข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจิต โรคประจำตัว และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของครอบครัว มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต⁵ จากการศึกษาของ Sarah E. Piper และคณะ⁶ พบว่าปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส การอยู่ใกล้ชิดผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และความสามารถในการจัดการตนเอง การศึกษาของ Wong และคณะ⁷ พบว่าความแตกต่างทางด้านเพศมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นทั้งการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งนำแนวคิด Precede-Proceed

Model มาใช้เป็นการรอบในการวิจัย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตคล้ายๆ กัน ซึ่งสามารถแยกเป็น 3 กลุ่มปัจจัย คือ (1) ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และการรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง (2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การสนับสนุนจากสังคม ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านผู้ดูแล และด้านสวัสดิการ (3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม

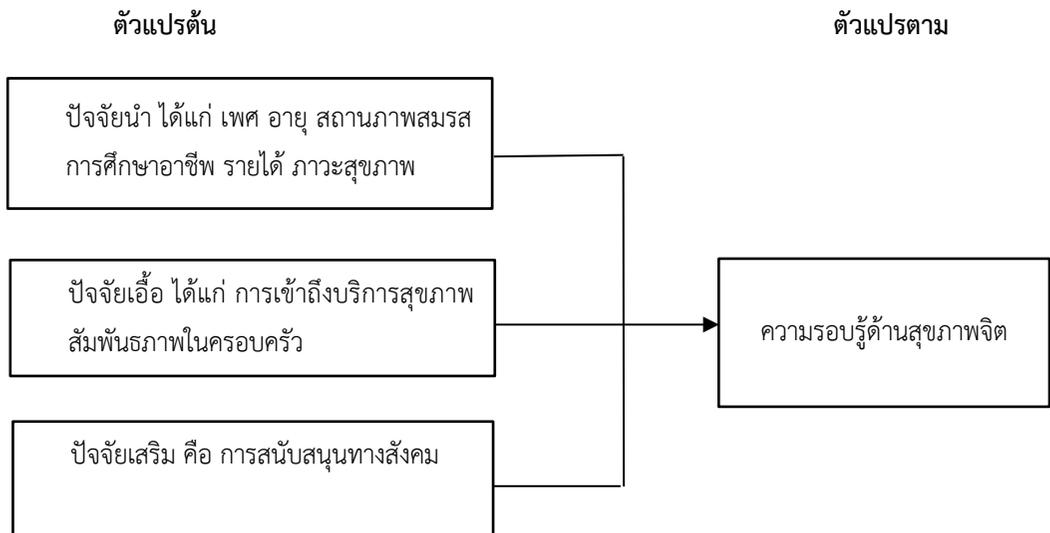
ดังนั้น การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ รวมทั้งการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร โดยครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกันและ

การจัดการปัญหาทางจิต ผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนทางให้ความรู้แนะนำและพัฒนาในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและพัฒนา นโยบายในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับประชากรผู้สูงอายุและกลุ่มบุคคลอื่นในอนาคต เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตลดอัตราการป่วย และลดภาระการดูแลในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



การดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytic research) โดยทำการวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ประชากรที่ศึกษา (Study population) คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จากการสำรวจประชากรในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีจำนวน 5,494,932 คน มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 1,210,827 คน⁹

กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งคำนวณได้จากสูตรของ Daniel¹⁰ โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จำนวน 314 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมร้อยละ 20 ดังนั้นจำนวนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 377 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ขั้นที่ 1 ใช้พื้นที่ตามการแบ่งเขตการปกครองของกรุงเทพมหานคร ขั้นที่ 2 พื้นที่เขต 1 เขต โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ขั้นที่ 3 เลือกกลุ่มตัวอย่างจากชุมชนที่สุ่มเลือกได้ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ ดังนี้ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตกรุงเทพมหานครที่สุ่มเลือก อย่างน้อย 1 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีความยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุออกจากงานวิจัย เมื่อได้วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม และรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วงที่เก็บข้อมูล เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมงานวิจัย ผู้สูงอายุที่ประสงค์จะออกจากงานวิจัย หรือยุติการสัมภาษณ์หรือการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ใน

การเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

ส่วนที่ 2 ปัจจัยภาวะสุขภาพ มีคำถามจำนวน 3 ส่วน ประกอบด้วย แบบประเมินการรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า

1) การรับรู้สภาวะสุขภาพ ซึ่งพัฒนาโดย Ware¹¹ เป็นการประเมินการรับรู้สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของตนเอง เรื่องโรคเรื้อรัง และการรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับสุขภาพในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา โดยผู้สูงอายุจะบอกว่าสุขภาพ แย่กว่าเดิมมาก แย่กว่าเดิม ดีเหมือนเดิม และดีมากกว่าเดิม

2) ภาวะสมองเสื่อม ใช้แบบทดสอบ Mini-Cog ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่พัฒนามาโดย Borson และคณะ¹² ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทดสอบความจำ โดยการให้จำของ 3 รายการ และวาดรูปนาฬิกา

3) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยถูกประเมินด้วยแบบวัดความเศร้า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ผู้สูงอายุจะประเมินความรู้สึกของตนในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการใส่เครื่องหมายเครื่องหมายขีด (/) ในช่องที่เป็นตัวเลือก "ใช่" เมื่อข้อความตรงกับความรู้สึก และเครื่องหมายขีด (/) ในช่องที่เป็นตัวเลือก "ไม่ใช่" เมื่อข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ คะแนนรวมยิ่งมากคือ

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของกัมปนาท

กฎเกณฑ์ และคะแนน¹³ มีจำนวน 6 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 มาตรวัดระดับได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2 ข้อ บริการด้านการรักษา 2 ข้อ การดูแลระยะยาว 1 ข้อ และบริการด้านสุขภาพจิต 1 ข้อ

ส่วนที่ 4 สัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง 2 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น 1 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามของกาญจนา ไทยเจริญ¹⁴ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรักและความห่วงใย ด้านปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ด้านความเคารพและให้ความสำคัญ ด้านความปรองดองและ ด้านการพักผ่อนร่วมกันในครอบครัว

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง 2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย 1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามที่ ประยุกต์มาจากกาญจนา ไทยเจริญ¹⁴

ส่วนที่ 6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก 2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย 1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับ

ข้อความนั้นน้อยที่สุด ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิต จากการศึกษา งานวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและสุขภาพจิต

คุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานและมีความถูกต้องสูงสุด

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจิต ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุเขตอื่นๆ ในกรุงเทพมหานครชั้นในนอกเหนือจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงโดย พบว่าทุกด้าน มีค่า Cronbach's alpha ≥ 0.75

การพิทักษ์สิทธิ์ ได้รับการอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. No. MUPH. 2020-035)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นอาสาสมัครและเป็นแกนนำในชุมชน จำนวน 8 คน ในการเก็บข้อมูล โดยมีพยาบาลวิชาชีพ ประเมินคุณภาพและประสานงานระหว่างกระบวนการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยประสานผู้นำชุมชนที่ได้รับคัดเลือกและผู้ช่วยวิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ หลังจากผู้วิจัยอธิบายชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ตอบรับการเข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถือเป็นความลับและจะ

นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยการดำเนินการนี้จะยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยในทุกขั้นตอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำมาแจกแจงความถี่เสนอในรูปแบบตารางแสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ใช้สถิติสหสัมพันธ์ เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) และ chi-square เพื่อ

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.6 โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 54.6 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 30.3 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.1 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.5 หม้าย ร้อยละ 28.1 โสด ร้อยละ 10.3 ระดับการศึกษาสูงสุดคือ ประถมศึกษา ร้อยละ 60.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 60.0 ในกลุ่มที่ยังทำงานอยู่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย และรับจ้าง ร้อยละ 15.4 ปัจจุบันผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบุตรมากที่สุด ร้อยละ 54.3 แหล่งข้อมูลของผู้สูงอายุได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ 3 ลำดับแรก คือโทรทัศน์ ร้อยละ 66.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.5 และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด ร้อยละ 67.3

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 ค่าคะแนนเฉลี่ย 90.25 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.91 ดังตารางที่ 1

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ พบว่า

ลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดย เพศ ($r = 0.001$, $p\text{-value} = 0.999$) อายุ ($r = -0.009$, $p\text{-value} = -0.860$) สถานภาพสมรส ($r = 0.072$, $p\text{-value} = 0.168$) ระดับการศึกษา ($r = -0.034$, $p\text{-value} = 0.515$) อาชีพปัจจุบัน ($r = -0.004$, $p\text{-value} = 0.943$) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ($r = -0.009$, $p\text{-value} = 0.857$) การรับรู้สภาวะสุขภาพตนเอง ($r = 0.064$, $p\text{-value} = 0.216$) โดยการทดสอบสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างภาวะซึมเศร้าและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ($r = -0.132^*$, $p\text{-value} < 0.011$) ส่วนภาวะซึมเศร้าและโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ($r = -0.030$, $p\text{-value} = 0.265$, $r = -0.044$, $p\text{-value} = 0.398$) ตามลำดับ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.495^{**}$, $p\text{-value} < 0.001$) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = 0.397^{**}$, $p\text{-value} < 0.001$) และสัมพันธภาพในครอบครัว ($r = 0.377^{**}$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 2

4. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าภาวะซึมเศร้า การเข้าถึงบริการสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 32.1 ($R^2 \text{ adj} = 0.321$) โดยมีค่าน้ำหนักในการพยากรณ์คือภาวะซึมเศร้า (-0.026) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (0.287) สัมพันธภาพในครอบครัว (0.100) และการสนับสนุนทางสังคม (0.352) ดังสมการพยากรณ์ ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ = 0.001 + -0.090 (ภาวะซึมเศร้า) + 0.128 (สัมพันธ์ภาพในครอบครัว) + 1.076 (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) + .546 (การสนับสนุนทางสังคม)

สมการพยากรณ์ในรูปแบบมาตรฐาน คือ Z ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต = -.026 (Zภาวะซึมเศร้า) + .100 (Zสัมพันธ์ภาพในครอบครัว) + 0.287 (Zการเข้าถึงบริการสุขภาพ) + 0.352 (Zการสนับสนุนทางสังคม) ด้วยวิธีวิเคราะห์ถดถอย ดังตารางที่ 3

Table 1 Mean and standard deviation of mental health literacy, health status, social support access to services, and health status of the elderly (n = 370)

Variable	\bar{x}	SD
Mental health literacy (overall)	90.25	9.91
Knowledge	29.87	3.79
Attitude	16.88	2.77
Access to information and services	12.18	2.49
Managing mental problems	31.31	5.58
Social support	51.83	7.65
Family relationship	51.83	7.65
Access to health services	14.7	2.64
Health condition		
Depression	3.78	2.90
Dementia	3.62	1.60

Table 2 Relationships between predisposing factors, contributing factors, supporting factors, and mental health literacy of the elderly (n = 370)

Variables	Correlation	p-value
Social support	0.495 **	<0.001
Access to health services	0.397 **	<0.001
Family relationship	0.371 **	<0.001
Marital status *	0.072	0.168
Health status awareness *	0.064	0.216
Dementia	0.044	0.398
Gender *	0.001	0.999
Current occupation *	-0.004	0.943
Average family income *	-0.009	0.857

Variables	Correlation	p-value
Age	-0.009	0.860
Number of congenital diseases	-0.030	0.560
Education level *	-0.034	0.515
Depression	-0.132 *	0.011

* Using Spearman's correlation test

Table 3 Factors influencing mental health literacy of the elderly (n = 370)

Variable	B	Beta	Std. Error	t	p-value
Depression	-0.090	-0.026	0.150	-0.602	0.548
Family relationship	0.128	0.100	0.072	1.788	0.075
Access to health services	1.076	0.287	0.167	6.45	0.001
Social support	0.456	0.352	0.073	6.207	0.001

$R^2 \text{ adj} = .321, R^2 = .329, F = 44.701, \text{Constant} = .000.$

** p < 0.001

การอภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.6 นอกจากนี้ยังพบว่าระดับความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต รวมถึงความรอบรู้เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง และผลกระทบของปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล อยู่ในระดับปานกลางที่ ร้อยละ 63.0 ประกอบกับความสามารถในการแยกแยะอาการผิดปกติ รู้เหตุการณ์ที่เกิดปัญหาทางจิต ระบุอาการ และตรวจสอบสภาพทางจิตของตนเอง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพจิตของดอน นัตบิม ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพที่ดี¹⁵ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่

ใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษาและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพจากโทรทัศน์ร้อยละ 66.5 จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้พอที่จะมีทักษะนำมาปรับใช้ในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและบริการทางด้านสุขภาพ มีความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการ และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พบว่าลักษณะส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งมีความแตกต่างจากการวิจัยของ Hossein และคณะ¹⁶ ที่สำรวจความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุทางตะวันออกเฉียงใต้ของอิหร่าน ซึ่งพบว่าสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพคือรายได้และระดับการศึกษา

อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิต อาจมีเหตุผลมาจากความเป็นจริง ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นวัยที่เกษียณอายุและอยู่ บ้านโดยไม่มีการประกอบอาชีพหรืองานประจำ นอกจากนี้ยังเป็นวัยที่มีโรคประจำตัว และมีรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่แตกต่างกันมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร นิธิวัฒน์ และคณะ¹⁷ พบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่ง แตกต่างจากการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร ของ วรณศิริ นิลเนตร¹⁸ ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความ ฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ อายุ (p-value=0.001) เพศ (p-value=0.013) ระดับการศึกษา (p-value<0.001) ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิต ($r = 0.062$, p-value < 0.235) ซึ่งอาจแตกต่างจากการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี ของ ปณภาพร พันธุ์อุบล¹⁹ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกที่มีนัยสำคัญทาง สถิติระดับ 0.01 ทั้งในมุมมองของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็น ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในชั้นประถมศึกษา เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.3 และมีโรคประจำตัว มากถึงร้อยละ 78.6 นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละ 55.7 ของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีการแลกเปลี่ยนความรู้ และร้อยละ 41.6 ของ ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกแล้ว แต่ไม่เคยร่วมกิจกรรม เลย โรคประจำตัว ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ระหว่างโรคประจำตัวและความรอบรู้

ด้านสุขภาพจิต ($r = 0.058$, p-value = 0.265) ซึ่งเป็นความแตกต่างจากการศึกษาความรู้ด้าน สุขภาพจิต: แนวคิดและการประยุกต์ใช้สำหรับ การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ที่เผยแพร่ว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นตัวชี้วัด ที่สัมพันธ์กับสถานะสุขภาพ และเมื่อบุคคล มีสุขภาพที่ดีจะส่งผลให้มีพฤติกรรมและทักษะ การป้องกันตนเองที่ดี เช่น การออกกำลังกาย การเจรจากับผู้คน และการเข้ารับบริการ ให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาเหล่านี้จะส่งเสริม ความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น²⁰ แต่ทั้งนี้สำหรับผู้ สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวทางกาย ทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิต ภาวะสมองเสื่อม ไม่พบ ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมองเสื่อมและ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไม่แสดงความสัมพันธ์ ($r = -0.044$, p-value = 0.398) ซึ่งมีความ แตกต่างจากการสำรวจปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้อง กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม²¹ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมที่อายุเฉลี่ย 46.77 ปี จะตกอยู่ในช่วง วัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน (36-59 ปี) และอัตราส่วนที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็น ร้อยละ 88.6 สามารถรับรู้ถึงความสามารถใน การดูแลและจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้น จากการดูแลได้ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (p-value < 0.011) ซึ่งอาจเกิดจากผู้ที่มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิตระดับต่ำไม่สามารถจัดการอารมณ์ และความรู้สึกหรือแก้ไขปัญหามีความกระทบ ต่อจิตใจได้ นอกจากนี้ ความรู้สึกจากการสูญเสีย ไม่ได้มาจากบุคคลที่สำคัญเท่านั้น แต่ยังรวมถึง ความล้มเหลวในหน้าที่การงานและทรัพย์สิน ที่มีค่า โดยเฉพาะสินทรัพย์ที่พยายามสร้างมาเป็น เวลานาน ซึ่งเป็นเรื่องที่บ้านทอนจิตใจ ทำให้เกิด ความเครียดและเศร้ามาก อีกทั้งยังไม่ทราบ

ถึงแหล่งเข้ารับบริการและขาดแรงสนับสนุนทางสังคมถึงขนาดที่ไม่สามารถปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ และดำเนินชีวิตประจำวันได้พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพและคณะ²²

3. ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดในการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (p -value < 0.001) จากนั้นเห็นได้ชัดว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากครอบครัว คู่สมรส บุตรหลาน และสังคม รวมถึงบุคลากรทางสาธารณสุข มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลางและระดับสูงขึ้นของผู้สูงอายุ²³ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงได้รับการดูแลเอาใจจากครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาทางภาวะอารมณ์ มีผู้รับฟังสามารถระบายความรู้สึกับคนในครอบครัว หรือผู้ดูแลใกล้ชิด ทำให้ไม่มีภาวะเครียด หรือซึมเศร้าเรื้อรังด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (p -value < 0.001 , p -value < 0.001 ตามลำดับ) ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตจะมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและอาการของโรคทางจิต วิธีการจัดการด้วยตนเอง และการรับคำปรึกษาจากบุคลากรทางสุขภาพที่เชี่ยวชาญ นั่นเป็นสาเหตุที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีระดับสูงกว่าคนทั่วไป²⁴ ซึ่งแตกต่างกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (p -value < 0.011) อธิบายได้ว่า หากผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า สามารถทำนายได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำ ความรู้เรื่อง

การดำเนินของโรคจิตหรือภาวะผิดปกติทางจิตน้อย ไม่สามารถจัดการปัญหาทางจิตได้ มีทัศนคติที่ไม่ดีกับภาวะซึมเศร้า เข้าไม่ถึงข้อมูลและระบบบริการสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย²³ ความรู้ในด้านสุขภาพจิตได้พัฒนามาจากความเข้าใจที่มาจากการศึกษาเรื่องสุขภาพจิต ซึ่งผ่านการสำรวจวรรณกรรมที่ผ่านมา สามารถสรุปได้ว่ามีปัจจัยหลายองค์ประกอบที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิต องค์ประกอบแรกคือภาวะซึมเศร้า องค์ประกอบที่สองคือการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และองค์ประกอบที่สามคือการรับการสนับสนุนจากสังคม ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตที่ระดับกลาง และเชื่อถือเกี่ยวกับสุขภาพจิตและวิธีการค้นหาข้อมูลที่เป็นปกติที่ระดับกลาง อีกทั้งสามารถรับรู้ปัญหาและดำเนินการป้องกันและจัดการปัญหาทางจิตที่ระดับสูง โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001, .001 และ 0.001 ตามลำดับ โดยทั้ง 3 ตัวแปรสามารถอธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตได้ร้อยละ 32.1 (R^2 adj = 0.321) มีค่าน้ำหนักในการพยากรณ์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (-0.132) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (0.397) และการสนับสนุนทางสังคม (0.495) โดยมีสมการพยากรณ์ ดังนี้ สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ = 0.001 + -0.132 (ภาวะซึมเศร้า) + 0.397 (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) + 0.495 (การสนับสนุนทางสังคม) แต่โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ($r = -0.030$, $p < 0.560$) รวมถึง

ภาวะสมองเสื่อม ($r = 0.044, p < 0.398$) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถและฉลาดทางด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น และเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เหมาะสมตามบริบท ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตระหนักถึงปัญหาทางจิตและสามารถค้นหาการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังมีการเสริมสร้างความเข้าใจในการรักษาสุขภาพจิตและการช่วยเหลือบุคคลที่อาจมีปัญหาด้านนี้ รวมถึงการสนับสนุนผู้ดูแลในอนาคตเพื่อให้สามารถรับบทบาทในการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีความเข้าใจและเหมาะสม

จุดแข็งจากงานวิจัย คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างมาก และเลือกแบบหลายขั้นตอน ทำให้เป็นตัวแทนของประชากรทั่วกรุงเทพมหานคร ตัวแปรครอบคลุมทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

จุดอ่อนจากวิจัย คือ การวิจัยอยู่ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 อาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าร่วมวิจัย และเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างลำบาก

สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.6 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึง

บริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 32.1

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรจัดบริการด้านการประเมินและส่งเสริมความรู้สุขภาพจิตเชิงรุกแก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นการสนับสนุนทางสังคมและบริการครบวงจร เช่น เยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรบูรณาการภาคชุมชนและท้องถิ่นในการส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังหรือไม่มีผู้ดูแล ควรพัฒนาทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน (Caregiver) ด้านการส่งเสริมความรู้สุขภาพจิต เช่น การลงเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองโดยไม่รู้สึกลูกทอดทิ้ง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มเติม เช่น ความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุ ระยะทางที่ต้องเดินทางมารับบริการ และปัจจัยอื่นๆ ซึ่งจะช่วยให้อธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้มากขึ้น และนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสม

2. การเก็บข้อมูลในสถานการณ์ที่มีโรคระบาด อาจทำให้มีประเด็นเรื่อง selection bias ดังนั้นควรพิจารณาการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุชุมชนอื่นๆ เพิ่มเติมและควรมีการเก็บข้อมูลโดยวิธีการอื่นที่อาจมีประสิทธิภาพมากกว่า เช่น การโทรศัพท์ หรือวิดีโอสัมภาษณ์

Reference

1. Institute for Population and Social Research Mahidol University. Situation of the Thai elderly 2017. October printing company limited. (2018). elderly 2017. (1st edition). Bangkok: October Printing Co., Ltd. ; 2018 (In Thai)
2. Arunsang P. Nursing care important problems of the elderly: application. (4th edition). Khon Kaen: Klang nana wittaya printing house. 2017; 283-284. (In Thai)
3. Nantaboot K. Enhancement of health vocal skills for the elderly. Bangkok; TQP.; 2012. (In Thai)
4. Department of Mental Health [Internet], Ministry of Public. 2019. Available from: <http://www.prdmh.com>
5. Polsingchan S, Rungruang K. The Integration of Contemplative Education Concepts and Problem-based Learning Method in a Selected Topic of Ethics and Laws in Nursing Profession Subject for Nursing Student. NJPH . 2020; 30(2): 23-5. (In Thai)
6. Piper S E, Bailey P E, Lam L T, Kneebone I I. Predictors of mental health literacy in older people. Archives of gerontology and geriatrics. 2018; 79: 52-56.
7. Wong D F K, Lam A Y K, Poon A, Chow A Y M. Gender differences in mental health literacy among Chinese-speaking Australians in Melbourne, Australia. International journal of social psychiatry. 2012; 58:178-85.
8. Kim Y S, Rhee T G, Lee H Y, Park B H, Sharratt M L. Mental health literacy as a mediator in use of mental health services among older Korean adults. International psychogeriatrics 2017; 29(2): 269-79.
9. National Statistical Office [Internet]. 2021. Available from: www.nso.go.th
10. Daniel W W, Cross C L. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 2018. Wiley.
11. Ware J J E, Sherbourne C D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. Medical care. 1992; 473-83.
12. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The mini-cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *Journal of the American geriatrics society*, 2003; 51:1451.
13. Kunjaethong k, Auemaneekul N, Amnatsasue K, Rawiworrakul T, Sativipawee P. Factor related to active aging In Surin Province. Journal of Public Health Nursing. 2019; 33(3): 78-94.
14. Thaicharoen K. Factors predicting mental health status of the elderly in Chonburi province. Thai thesis database. Bangkok; 2001. (In Thai)

15. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health promotion international*, 2000; 15(3):259–267.
16. Hossein A, Zeinab A, Ansari M, Mahdi M, Mostafa P. Health literacy in older adults and its related factors: A cross-sectional study in southeast Iran. *Health scope*. 2016; 5(4): 1-6.
17. Nitiwat S, Tansakul S, Therawiwat M, Imanee N. Associated with food consumption behavior in patients with type 2 diabetes. *Journal of health education*. 2015; 38(129):14-30.
18. Nilnet W. Health qoutiet of Thai elderly in the Bangkok club. Dissertation. Faculty of Medicine. Chulalongkorn University, 2018.
19. Phan-Ubol P. A study of relationships between Health Perception and health self-caring behavior of Thai andropasal police officers in Chonburi Province. Master of Education Degree in Development Psychology. Srinakarinwirot University. 2010.
20. Thangkratok P, Palacheewa N, Trainattawan W, Boonpradit P. Mental health literacy: concept and application for mental health problem prevention in older adults. *Chiang Mai Medical Bulletin*. 2020; 59(3):163-72. (in Thai)
21. Noimongkon S, Somboontanont W, Leelahakul V. Selective factors relationship with mental health power of caregivers of elderly people with dementia. *Journal of nursing, ministry of public health*. 2017. 27(1):85-98. (In Thai)
22. Inchaithep S, Puasiri S, Punsawat M, Thungmepon P, Robkob W,. The development of indicators for mental health literacy. for the public. *Journal of Boromarajonani college of nursing, Uttaradit*. 2018; 10:95-109.
23. Srikuankaew A, Jiawiwatkul A, Thayansin S. The relationship between happiness. Health literacy and quality of life of the elderly: a case study of the elderly in Wiang sub-district school, Fang District, Chiang Mai Province. *MFU Journal of Humanities and Social Sciences* 2018; 7(2): 77-95.
24. Kaewprom C, Yuthavisut S, Pratoon L, Boontum A. Mental Health Literacy among village health workers A case study of two sub-districts in Kloong, Chantaburi. *Journal of Health Science Research*. 2015; 8(1): 10-16.

บทความวิจัย

การจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียง

จรรยา กิตติดีลิก*

สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล** ยศพล เหลืองโสมนภา***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียง

การวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสัมภาษณ์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการความรุนแรงที่แผนกฉุกเฉินตามการรับรู้ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน ระยะที่ 2 การประเมินการจัดการความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน ของสถานพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน ระยะที่ 3 การสัมภาษณ์เชิงลึกหัวหน้าพยาบาลเกี่ยวกับนโยบายแนวทางการจัดการความรุนแรงที่แผนกฉุกเฉิน ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) การจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน และ (3) แนวทางการจัดการความรุนแรง เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พยาบาลได้รับการกระทำรุนแรงด้วยวาจา ร้อยละ 100 โดยพบอุบัติการณ์ 1-2 ครั้ง/ปี ร้อยละ 75 และ 3-5 ครั้ง/ปี ร้อยละ 16.6 มากกว่า 6 ครั้ง/ปี ร้อยละ 8.4 ปัจจัยที่นำไปเกิดความรุนแรง ได้แก่ ไม่พึงพอใจที่ต้องรอรับบริการนาน ร้อยละ 30 ผู้ป่วยเมาสุรา ร้อยละ 27.14 ผู้ป่วยมีอาการป่วยจิตเวช ร้อยละ 21.43 และการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับญาติไม่เพียงพอ ร้อยละ 17.14 ตามลำดับ การจัดการเมื่อเกิดความรุนแรง คือ ปรับเกณฑ์การจำแนกระดับความรุนแรง แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลตามระดับความรุนแรง กำหนดแนวทางการดูแลบุคลากรที่ได้รับความรุนแรง การป้องกันความรุนแรง คือ กำหนดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลโดยการให้ข้อมูลแก่ญาติทุก 30 นาที และในกรณีที่พบว่าผู้รับบริการเมาสุรา หรือ ป่วยจิตเวช กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยอยู่ข้างเตียงขณะทำหัตถการ และการจัดอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับในเรื่องการเจรจาต่อรอง การป้องกันตัว การควบคุมความรุนแรง และการซ่อมแผนเสมือนจริง

คำสำคัญ: พยาบาลวิชาชีพ/แผนกฉุกเฉิน/การจัดการความรุนแรง

วันที่รับบทความ: 17 ตุลาคม 2567; วันที่แก้ไขบทความ: 15 สิงหาคม 2568; วันที่ตอบรับบทความ: 23 สิงหาคม 2568

*นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Management of Violence in the Emergency Department A government hospital in the eastern region

Jariya Kittidilok*

Somjai Puttpitukpol** Yotsaphon Luengsomnapa***

ABSTRACT

The purpose of this descriptive research is to explore the guidelines for managing violence in emergency departments, A government hospital in the eastern region.

The research consists of 3 phases. Phase 1: in-depth interview of ten personnel who in charge of providing services in the emergency department. Phase 2: evaluate the perception nurses about the management procedure of violence in the emergency department of A government hospital in the eastern region. Phase 3: in-depth interview of the head nurse of A government hospital in the eastern region for the policy to manage the violence in emergency department. The questionnaire, developed by the researcher, consisted of 3 parts, 1) general information 2) the management of violence in the emergency department and 3) violence management guidelines. The content validity of the instruments were analyzed by 6 experts. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis.

The results found that in the past year 100% of the professional nurses of the emergency department, A government hospital in the eastern region have been verbally abused. The incidence was found to be 1-2 times/year at 75%, 3-5 times/year at 16.6%, and more than 6 times/year at 8.4%. The factors that led to the violence were dissatisfaction from having to wait for service for a long time at 30%, followed by the patients being drunk at 27.14%, the patients having mental illness at 21.43%, and insufficient communication between nurses and relatives at 17.14%, respectively. Managing when violence occurs are modified of severity classification criteria and conducting nursing practice guidelines to be different according to severity levels. Establish precise guidelines to care for the personnel who have been subjected to violence. In terms of violence prevention, nursing practices are set by providing information to relatives every 30 minutes. In cases where service recipients are found to be intoxicated or mentally ill, security personnel are assigned to be at the bedside during procedures. Training is also provided to all levels of staff on negotiation, self-defense, violence control, and virtual reality rehearsals.

Key Words: Professional nurses/Emergency department/Violence management

Article info: Received: October 17, 2024, Revised: August 15, 2025, Accepted: August 23, 2025

* Graduate student, Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Sukhothai Thammathirat Open University.

** Corresponding Author, Associate Professor, Department of Nursing Administration, Sukhothai Thammathirat Open University.

*** Assistant Professor, Phrapokklao College of Nursing, Chanthaburi., Faculty of Nursing, Praboromarajchanok institute

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความรุนแรงในโรงพยาบาลเป็นปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ¹และในประเทศไทย² ความรุนแรงที่ได้แก่การถูกทำร้ายร่างกาย การใช้วาจากล่าวคำรุนแรง การถูกทำร้ายด้านจิตใจ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยและมีแนวโน้มจะได้รับความรุนแรงเพิ่มมากที่สุด³

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานแรกที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตอันตรายถึงชีวิต และต้องรีบให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วทันเวลา ถูกต้องตามมาตรฐานและเกิดความปลอดภัย เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ จากสถานการณ์ปัจจุบันพบมีผู้มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 1 คนต่อวัน ทำให้เกิดความแออัดของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น 1.70 เท่า⁴ จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจำนวนมากทำให้เกิดความแออัดในแผนกฉุกเฉิน อัตราากำลังของพยาบาลไม่เพียงพอ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการสื่อสาร เกิดภาวะเครียดสะสมในขณะทำงาน ทำให้พยาบาลบางรายอาจหงุดหงิด ผู้รับบริการไม่ประทับใจ ระยะเวลารอคอย ญาติเกิดความไม่พึงพอใจ ความรุนแรงส่วนใหญ่เกิดทั้งทางกายและทางวาจาซึ่งพบความรุนแรงทางวาจาสูงกว่า พบว่าการทำงานในช่วงเวรบ่าย เวิร์ดกมีบุคลากรจำนวนน้อยกว่าเวรเช้า³ในผู้ป่วยที่มีภาวะจิตเวช ใช้สารเสพติด กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาท รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยดื่มสุรามักกระทำความรุนแรงกับพยาบาลที่ให้การดูแลในแผนกฉุกเฉิน ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจะมีการกระทำความรุนแรงทางร่างกาย และทางวาจา ความชุก

ของการประสบเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่าความชุกเหตุความรุนแรงทางวาจามากที่สุด รองลงมาเป็นความชุกเหตุความรุนแรงทางกาย และ ความชุกเหตุความรุนแรงทางเพศ ผู้ก่อเหตุหลักของความรุนแรงทางกายคือ ผู้ป่วย ผู้ก่อเหตุหลักของเหตุความรุนแรงทางวาจา คือ ญาติและผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย⁶ องค์การอนามัยโลกพบว่า บุคลากรที่มีสุขภาพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินประสบกับความรุนแรงด้านร่างกายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8 เป็น 38 และด้านคำพูดร้อยละ 62⁷ สำหรับประเทศไทย พบว่าพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเคยถูกกระทำความรุนแรงขณะปฏิบัติงานร้อยละ 84.7 เป็นความรุนแรงด้านวาจาร้อยละ 82.9 และความรุนแรงด้านร่างกายร้อยละ 38.1⁸ รายงานข้อมูลการเกิดความรุนแรงของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2555-2562 พบว่าเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงกับพยาบาล มีการทำร้ายร่างกายจำนวน 22 เหตุการณ์⁵

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย (Strategic Directions of 2P Safety of Thailand)⁹ โดยเน้นให้ความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่ง “ER Safety เป็นประเด็นหลักในการขับเคลื่อนนโยบาย 2P Safety Goal” โดยผู้บริหารโรงพยาบาล กำหนดมาตรการดูแลสวัสดิภาพและความปลอดภัยให้กับ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลเพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินอย่างเป็นรูปธรรม มีการจัดทำแนวทางการป้องกันความรุนแรงและแนวทางการบริหารจัดการเมื่อเกิดความรุนแรงขึ้น

ในสถานบริการโดยเฉพาะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน¹⁰ องค์การอนามัยโลก องค์การแรงงานระหว่างประเทศ สภากาชาดสากล และสหภาพแรงงานบริการสาธารณะนานาชาติ พัฒนา (กรอบการทำงานเพื่อจัดการกับความรุนแรงในสถานพยาบาล) (Framework guidelines for addressing workplace violence in the health) เพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายการป้องกันความรุนแรงในสถานที่ที่ไม่ได้อยู่ในสถานการณฉุกเฉิน และเป็นแนวทางให้กับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป เพื่อป้องกัน และลดเหตุการณ์ความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน ควรทบทวนและแก้ไขระบบการรักษาพยาบาล จากการศึกษาพบว่า การแจ้งผู้ป่วย และญาติของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยและวิธีการแสดงความเห็นอกเห็นใจที่แสดงโดยบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยช่วยลดจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงลง⁹ มีการได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการจัดการความรุนแรงทั้งแนวทางการป้องกันความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน, แนวทางการจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ และแนวทางการจัดการหลังเกิดความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน¹¹

ผู้วิจัย จึงได้ศึกษาการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เกี่ยวกับแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูล 3 ระยะ 1) ศึกษาสถานการณ์การจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน 2) ประเมินการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน 3) ศึกษานโยบายและแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างน้อย 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ มีแนวคำถามหลัก 2 คำถาม 1) ท่านคิดว่าสาเหตุของการเกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลของท่านคืออะไร 2) เมื่อเกิดความรุนแรงขึ้นมีการจัดการอย่างไร

2. แบบสอบถามการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุ และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน 2) แบบสอบถามการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน ข้อคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำ 5 ข้อ และคำถามปลายเปิด 4 ข้อ เกี่ยวกับประสพการณ์การเผชิญกับความรุนแรง และชนิดของความรุนแรง 3) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการจัดการความรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยนี้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (NS 22/2566) และ คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียง (COA No. RYH 009/2567)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ระยะที่ 2 การประเมินการจัดการความรุนแรงในห้องฉุกเฉินของพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน โดยใช้แบบสอบถาม

ระยะที่ 3 การสัมภาษณ์เชิงลึกหัวหน้าพยาบาลเกี่ยวกับนโยบายแนวทางการจัดการความรุนแรงที่แผนกฉุกเฉิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

สถานการณ์ความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน เมื่อจำแนกตามประเภทความรุนแรง ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าพยาบาลมีประสบการณ์การถูกกระทำรุนแรง

ทางวาจามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 และไม่พบว่าถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกาย พบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างถูกละเมิดทางวาจา มากที่สุด จำนวน 1-2 ครั้งต่อปี ร้อยละ 75.0 รองลงมา ได้แก่ ถูกกระทำทางวาจาจำนวน 3-5 ครั้ง/ปี ร้อยละ 16.6 ถูกละเมิดทางวาจาจำนวนมากกว่า 6-10 ครั้ง/ปี ร้อยละ 8.4

พบว่าเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน มากที่สุดได้แก่ ผู้มาขอรับบริการไม่พึงพอใจที่ต้องรอรับบริการนาน ร้อยละ 30.00 รองลงมา ผู้มาขอรับบริการเมาสุรา ร้อยละ 27.14 ผู้มาขอรับบริการป่วยจิตเวช ร้อยละ 21.43 การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับญาติไม่เพียงพอ จำนวน 12 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 17.14 และ ผู้มาขอรับบริการถูกกระทำรุนแรงมาจากภายนอกและกระทำต่อเนื่องมาที่แผนกฉุกเฉิน ร้อยละ 4.29 แสดงข้อมูลตามลำดับ ผู้ที่มากกระทำความรุนแรง มากที่สุดได้แก่ ผู้มารับบริการ ร้อยละ 62.50 รองลงมา ได้แก่ ญาติ ร้อยละ 37.50 แสดงตามลำดับ การรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความปลอดภัยในแผนกฉุกเฉิน การรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.67 การรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 33.33

วิธีการรายงานเหตุการณ์ หลังจากเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง

วิธีการรายงานเหตุการณ์ความรุนแรงมีหลายวิธี ได้แก่ การรายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับ การรายงานหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือการไม่รายงานเพราะเป็นเหตุการณ์เล็กน้อยสามารถไกล่เกลี่ยได้ พบว่าส่วนใหญ่มีการรายงานตามลำดับการบังคับบัญชา และที่ไม่รายงานเนื่องจากเป็นเหตุการณ์เล็กน้อย สามารถไกล่เกลี่ยได้ พบว่า

พยาบาลวิชาชีพทราบแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน ได้แก่ เมื่อเผชิญเหตุการณ์ความรุนแรง ให้ประเมินสถานการณ์ แจ้งเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ แจ้งหัวหน้าเวร รพภ. ตำรวจ และรายงานบังคับบัญชาตามระดับตามแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกหัวหน้าพยาบาล มีการจัดทำแนวทางการจัดการความรุนแรง ได้แก่ การจัดโครงสร้างสถานที่ทำงานให้มีความปลอดภัย การรายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับ การช่วยเหลือเยียวยาเจ้าหน้าที่ที่ถูกกระทำรุนแรง การจัดอบรมการป้องกันตัวให้กับเจ้าหน้าที่ การจัดอัตรากำลังให้เพียงพอ และการสื่อสารข้อมูลแก่ผู้รับบริการให้เพียงพอ

อภิปรายผล

ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในแผนกฉุกเฉินพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกฉุกเฉินระบุว่าในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ได้รับการกระทำรุนแรงด้วยวาจา โดยพบอุบัติการณ์ 1-2 ครั้ง/ปี ร้อยละ 75 และ 3-5 ครั้ง/ปี ร้อยละ 16.6 มากกว่า 6 ครั้ง/ปี ร้อยละ 8.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tang JS, Chen CL, Zhang ZR, Wang L¹² การศึกษาถึง อุบัติการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินของพยาบาล ในภาคใต้ของไต้หวัน พบว่า พยาบาลได้รับความรุนแรงด้วยวาจาถึง ร้อยละ 92 และ Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L¹³ ศึกษาความรุนแรงต่อพยาบาลแผนกฉุกเฉิน ในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีการล่วงละเมิดทางวาจา มากกว่า 200 ครั้ง ใน 3 ปี เช่นเดียวกับกตึกา เลี้ยงสกุล และคณะ³ ได้ศึกษา

ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายของรัฐแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่าร้อยละ 47.09 ความรุนแรงทางวาจา และสอดคล้องกับผลการวิจัยของนภัสวรรณ พชรธนาสาร⁸ ศึกษาความชุก ลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลภาครัฐในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า มีความชุกเหตุความรุนแรงทางวาจามากที่สุด

ปัจจัยที่นำไปให้เกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่นำไปให้เกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน อันดับแรก คือ ไม่พึงพอใจที่ต้องรอรับบริการนานร้อยละ 30 เนื่องมาจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินมีทั้งผู้ป่วยที่เร่งด่วนและผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วน อัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีจำกัด ต้องให้บริการผู้ป่วยที่เร่งด่วนก่อนเพื่อแก้ไขปัญหาวิกฤตให้ทันเวลา จึงทำให้ผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วนรอคอยนานจนเกิดความไม่พึงพอใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของทรงวุฒิ สังข์บุญ⁶ ซึ่งศึกษาการจัดการความเสี่ยง ความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน และผลการวิจัยของ Bingöl S, İnce S¹¹ ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงในแผนกและสอดคล้องกับ Tang JS, Chen CL, Zhang ZR, Wang L¹² ศึกษาถึง อุบัติการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินของพยาบาล ในภาคใต้ของไต้หวัน พบว่าสาเหตุที่พบบ่อยเกิดจาก ระยะเวลารอคอยนานร้อยละ 89

ปัจจัยที่นำไปให้เกิดความรุนแรงอีกประการหนึ่ง คือ การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับญาติ

ไม่เพียงพอ คิดเป็น ร้อยละ 17.14 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีอัตรากำลังจำกัด พยาบาลวิชาชีพในแผนกฉุกเฉินให้ความสำคัญกับบริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่าการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ทำให้การสื่อสารกับญาติล่าช้า หรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ มีการกระทำรุนแรงทางวาจาสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Bingöl S, İnce S¹¹ ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน: มุมมองญาติของผู้ป่วย พบว่าปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ปกครองความรุนแรงที่แผนกฉุกเฉิน คือ การที่ผู้ป่วยหรือญาติของพวกเขาไม่ได้รับแจ้งอย่างเพียงพอเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยและสอดคล้องกับสมคร ใจแสน และไพรินทร์ พัสตุ¹⁴ ศึกษาแนวโน้มความรุนแรงในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินกับความปลอดภัยของพยาบาลพบว่า การสื่อสารในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการเข้าใจผิดได้

สภาพของผู้ป่วย ก็เป็นปัจจัยที่นำไปเกิดความรุนแรง จากการศึกษาพบว่า การที่ผู้ป่วยเมาสุราทำให้เกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินสูงถึงร้อยละ 27.14 และผู้ป่วยมีอาการป่วยจิตเวช ทำให้เกิดความรุนแรง ร้อยละ 21.43 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของทรงวุฒิ สังข์บุญ⁶ ซึ่งศึกษาการจัดการความเสี่ยงความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน พบว่าปัจจัยด้านผู้ก่อเหตุมีลักษณะดังนี้ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยใช้สารเสพติด กลุ่มผู้ป่วยทางระบบประสาท และลักษณะบุคลิกภาพก้าวร้าว ก่อความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินและมีโอกาสก่อเหตุการณ์ซ้ำเมื่อได้รับปัจจัยกระตุ้น

การจัดการเมื่อเกิดความรุนแรง ประกอบด้วยการปรับเกณฑ์การจำแนกระดับความ

รุนแรงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้แตกต่างกันตามระดับความรุนแรง กำหนดแนวทางการดูแลบุคลากรที่ได้รับความรุนแรงอย่างชัดเจนเมื่อเกิดความรุนแรงขึ้น กล่าวคือ มีการประกาศเป็นนโยบายชัดเจนในการปรับเกณฑ์ความรุนแรงออกเป็น 2 ระดับเป็นความรุนแรงเล็กน้อยและความรุนแรงระดับวิกฤต เพื่อให้จัดการกับสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พิระศักดิ์ อัครวนพคุณ, เนลินี ไชยเอี้ย และ สุชาติ ภัยหลีก¹⁵ ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลควรมีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจนในการดำเนินการแนวทางป้องกันและจัดการความรุนแรง ได้แก่ การประกาศนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร การดำเนินแผนและกิจกรรมที่เสริมมาตรการเชิงกายภาพและเชิงคุณภาพพร้อมกำหนดโครงสร้างผู้รับผิดชอบ รวมทั้งการพัฒนาด้านสื่อสารและระบบการตอบสนองเหตุการณ์ความรุนแรงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และการวิจัยของ ทรงวุฒิ สังข์บุญ⁶ ที่พบว่าแนวปฏิบัติงานสำหรับการจัดการความรุนแรง ในขณะที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน ทั้งการป้องกันและจัดการความ การจัดการขณะเกิดเหตุการณ์ และการจัดการหลังเกิดเหตุการณ์ เพื่อนำไปสู่การบริหารจัดการความเสี่ยง ความรุนแรงในขณะที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน อย่างมีประสิทธิภาพ และงานวิจัยของศันยวิทย์ พิงประเสริฐ และคณะ² ศึกษาจัดทำแนวปฏิบัติในการป้องกันและจัดการรุนแรงในโรงพยาบาล พบว่ามีการจัดทำแนวปฏิบัติในการป้องกันและจัดการรุนแรงในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้บริหาร หัวหน้าหน่วยงาน บุคลากรในโรงพยาบาล และสถานพยาบาลต่างๆ สามารถนำไปใช้

การป้องกันความรุนแรง มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลโดยการให้ข้อมูลแก่ญาติทุก 30 นาที และในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยเมาสูราหรือป่วยจิตเวช กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยอยู่ข้างเตียงขณะทำหัตถการโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีลักษณะเมาสูรา หรือ เป็นผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้การช่วยเหลือพยาบาลวิชาชีพในแผนกฉุกเฉิน และการจัดอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ซึ่งแนวทางดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับความเห็นชอบจากฝ่ายบริหารและบุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมรับทราบและปฏิบัติตามแนวทาง ดังการศึกษาของกฤษณา สังขมณีจินดา และคณะ¹⁰ เรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการความรุนแรง ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าทางองค์กรหน่วยงานมีรูปแบบ/แนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การจัดทำรูปแบบการจัดการและแนวทางการแก้ปัญหาสถานการณ์ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1). การวางแผน (Plan assessment) 2). การระบุที่มาของปัญหาความรุนแรง (Identify violence and determine risk rating) 3). การจัดทำแผนเพื่อป้องกันความรุนแรง (Develop action plan to control violence) 4). การประกาศใช้แผน (Implement action plan) 5). การประเมินผล (Evaluate)

นอกจากนี้การกำหนดให้เจ้าหน้าที่ในแผนกฉุกเฉินต้องให้ข้อมูลแก่ญาติภายใน 30 นาที จะช่วยให้ญาติได้รับทราบข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา ลดความเครียด ความวิตกกังวล อันอาจนำไปสู่ความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นในแผนกฉุกเฉิน ได้

จุดอ่อนของงานวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลักมีจำนวนน้อย

จุดแข็งของงานวิจัย

การศึกษาเรื่องความรุนแรงในท้องฉุกเฉิน เรื่องนี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการวิจัยไปวางแผนเชิงป้องกันความรุนแรงที่แผนกฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยระบบการจัดการความรุนแรงสำหรับแผนกผู้ป่วยใน

Reference

1. Vento S, Cainelli F, Vallone A. Violence against healthcare workers: a worldwide phenomenon with serious consequences. *Front Public Health*. 2020;8:570459.
2. Sanyawit Phuengprasert, Suwannee Dechaboon, Wanarut Chaichana, Sunee Phadungwat, Ussanee Channuwong, Pithaya Thepphothip. Guidelines for preventing and managing violence in hospitals. 2nd ed. Bangkok: Health Administration Division, Ministry of Public Health; 2018. (In Thai)

3. Kattika Liangsakul, Panisa Limsuwan, Kanchana Theeranan. Prevalence and factors affecting the occurrence of violence in places of work of personnel in a government-run community hospital in the southern region. *Journal of Public Health and Health Sciences*. 2021;4(1):117-33. (in Thai)
4. Pongladda Paralee, Chatkhane Pearkao. Factors predicting overcrowding in emergency room of a university hospital. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2020;40(2):52-65. (in Thai)
5. World Health Organization. Systematic review and meta-analysis of verbal and physical violence against healthcare workers in the Eastern Mediterranean region [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 19]. Available from: <https://www.emro.who.int/emhj-volume-29-2023/volume-29-issue-10/systematic-review-and-meta-analysis-of-verbal-and-physical-violence-against-healthcare-workers-in-the-eastern-mediterranean-region.html>
6. Songwut Sangboon. Managing the risk of violence while working in the emergency department. *Nursing and Midwifery Council Journal*. 2019;34(1):14-24. (In Thai)
7. Jintana Suvitawat. Violence in hospitals: Prevention and protection of rights of medical personnel. *Srinagarindra Medical Journal*. 2021;37(1):92-6. (in Thai)
8. Naphatsawan Phacharathanasarn. Prevalence, characteristics and factors related to the occurrence of accidents. Violence while working in the workplace of medical personnel in the Accident and Emergency Department of public hospitals in Health Service Area 6 [Master of Science Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. (in Thai)
9. Healthcare Quality Accreditation Institute (Public Organization). Patient and Personal Safety (2P Safety) 4-year strategy (2018–2021). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017. (In Thai)
10. Kritsana Sangkhamunijinda, Saowapa Phanchai, Tadsaneeya Samranrom, Phaisan In-tharat, Suwimon Suriyan. Development of a violent management model at Accident and emergency department. Bangkok: Office of the Science, Research and Innovation Promotion Board; 2021. (In Thai)

11. Bingöl S, İnce S. Factors influencing violence at emergency departments: Patients' relatives' perspectives [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 14]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33302240/>.

12. Tang JS, Chen CL, Zhang ZR, Wang L. Incidence and related factors of violence in emergency departments—A study of nurses in southern Taiwan. *J Formos Med Assoc.* 2007;106(9):748-58.

13. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L. Violence against nurses working in US emergency departments. *J Nurs Adm.* 2009;39(7/8):340-9.

14. Samak Jaisan, Pairin Patsadu. Issues and Trends of Violence and Safety of Nurses who work in Emergency Accident Units. *Journal of Emergency Medical Services of Thailand.* 2024;4(1):101-10. (in Thai)

15. Asavanapakun P, Chaiaia N, Paileekli S. Guidelines for prevention and management of appropriate severity in hospitals using the participatory action research process. *Chiang Mai Med News.* 2020;59(2):65-79. (in Thai)

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข มีความยินดีที่จะรับบทความและรายงานการวิจัยจากทุกท่าน จากนักวิชาการ นักวิจัย ที่สนใจตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลสาธารณสุข วารสารในปัจจุบันอยู่ในระดับวารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (Thai Citation Index) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI เป็นฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการตลอดจนข้อมูลการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศไทย ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลทั้งในด้านการบริหารจัดการ ลักษณะรูปเล่ม และการนำไปใช้อ้างอิง เป็นวารสารที่ใช้ระบบ Double-blind peer review โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านต่อเรื่องเป็นผู้ตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ และได้เตรียมพัฒนา กระบวนการและผลผลิตของงาน ให้ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ACI (ASEAN Citation Index) ต่อไป วารสารพยาบาลสาธารณสุขได้รับการยอมรับจากโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก) ให้สามารถตีพิมพ์ต้นฉบับดุษฎีนิพนธ์สำหรับนักศึกษาปริญญาเอกส่งมาตีพิมพ์ได้ เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการขอจบการศึกษา หลังจากตีพิมพ์ผลงานในวารสารนานาชาติแล้ว 1 ฉบับ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาเรื่องที่จะตีพิมพ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษาค้นคว้าและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดทางวิชาการ การพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการระหว่างวิชาชีพด้านสุขภาพและผู้สนใจทั่วไป

ขอบเขตของสาขาวิชา (Scope)

พยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม

ประเภทของเรื่องที่ได้รับตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ/วิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
2. รายงานการวิจัยพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม ผลงานวิชาการด้านการเรียนการสอน การเรียนรู้ การพัฒนานโยบายสาธารณะ กรณีศึกษา ผลงานวิชาการรับใช้สังคม โดยมีรูปแบบของบทความตามที่กำหนดในแต่ละประเภท ตามคุณภาพของผลงาน ในประกาศ ก.พ.อ.
3. บทความปริทัศน์รวบรวม หรือเรียบเรียงจากเอกสารหรือหนังสือต่างๆ ตลอดจนการจัดประชุมวิชาการระดับชาติ และนานาชาติ
4. บทความ ข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในด้านวิชาการ เรื่องแปล ข่าววิชาการย่อความ จากงานวิจัยค้นคว้า

5. ข้อคิดเห็น ความเคลื่อนไหวในวงการ พยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม

เรื่องที่จะตีพิมพ์จะต้องเป็นเรื่องที่ **ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน** หรือ **ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น** บทวิจัยหรือบทความวิชาการที่ได้รับตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์ บทวิจัยหรือบทความนั้น ให้สมาชิกวารสารที่เป็นสถาบันและบุคคล สำหรับผู้แต่ง สามารถ Download ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

คำแนะนำในการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ

รูปแบบของการเขียนและการเตรียมต้นฉบับบทความ

ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียว โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 จำนวนไม่เกิน 12 - 15 หน้า (รวมชื่อเรื่อง, บทคัดย่อไทย/ อังกฤษ, เอกสารอ้างอิง)

การจัดเตรียมต้นฉบับ: ต้นฉบับควรจะมีขอบ 1 นิ้ว ที่ด้านใดด้านหนึ่งของกระดาษ A4 สำเนาปัจจุบันของวารสารจะแสดงรูปแบบและสไตล์ที่ถูกต้องที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

อักษรภาษาไทย ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 เป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ขนาดตัวอักษร 14 และตัวปกติ

อักษรภาษาอังกฤษ Abstract, Table และ Reference ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และเป็นตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 และเป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ ขนาดตัวอักษร 14 และปกติ (ควรติดเลขหน้าเส้นบรรทัดทุกหน้า)

ส่งต้นฉบับเข้าระบบของทางวารสารที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn> หรือ E-mail: journal.thaiphn@gmail.com หรือส่งมายัง กองบรรณาธิการ เขียนชื่อเรื่อง และชื่อผู้เขียนตาม **แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ และหนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ** ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ**
2. ชื่อ และนามสกุล **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ** ของผู้แต่งอยู่ใต้ชื่อเรื่องโดยเยื้องไปทางขวามือ ส่วนตำแหน่งในปัจจุบันและสถานที่ทำงานของผู้เขียนตามลำดับ **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ** และ**ระบุผู้รับผิดชอบหลัก** ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถ

3. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเขียนลักษณะเรียงลำดับเป็นความเรียงให้สอดคล้องกัน ภาษาไทยความยาวไม่เกิน 1 หน้า (ขนาด A4) รวมชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยไม่เกิน 250 คำ และภาษาอังกฤษไม่เกิน 200 คำ แล้ว ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้

ชนิดของการวิจัย สถานที่ศึกษาประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพ การผ่านการตรวจสอบทางจริยธรรมของโครงการ สรุปลักษณะเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่ม ตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 2 รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กะทัดรัด ชัดเจนสอดคล้องกับผลและข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยสำคัญ และการนำผลการวิจัยไปใช้

ส่วนที่ 3 ให้เขียน “คำสำคัญ” (Keyword) ของงานวิจัยครั้งนี้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3-5 คำ

4. เนื้อหาของการวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ คือ
 - 4.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย
 - 4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยและคำถาม/สมมุติฐานการวิจัย
 - 4.3 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย
 - 4.4 วิธีการดำเนินการวิจัย เขียนเป็นความเรียง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 รูปแบบของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีส่วนสรุปลักษณะเครื่องมือแต่ละส่วนและเกณฑ์การแปลผล และการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และการหาค่าความเชื่อมั่น ใช้สูตรอะไรและได้ค่าเท่าใด

ตอนที่ 3 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลทำอย่างไร จำนวนเท่าใด ได้กลับมาเท่าใด คิดเป็นร้อยละเท่าใด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมและสถิติอะไร

4.5 ผลการวิจัย (ตาราง หรือแผนภูมิ หรือกราฟ รายงานเป็นภาษาอังกฤษ) และการอภิปรายผล สรุปจุดอ่อนและจุดแข็งของงานวิจัยนี้

ตัวอย่าง

งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง ได้แก่ การออกแบบการทดลองที่รัดกุมและมีแผนการดำเนินการทดลองที่กระชับสอดคล้องกับภาระหน้าที่ของวัยทำงานที่เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ การออกแบบเนื้อหาของโปรแกรมยังมีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีทฤษฎีรองรับที่ชัดเจน ชุมชนที่ทำการทดลองเห็นความสำคัญของการลดการสัมผัสสารเคมี อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสสารเคมี ในระหว่างการทดลอง เช่น หน้ากากป้องกันสารเคมีที่ได้มาตรฐานได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี

งานวิจัยนี้มีจุดอ่อน เนื่องจากระยะเวลาการศึกษาวิจัยมีจำกัด ส่งผลให้ขาดการทดสอบตัวชี้วัดทางชีวภาพ (Biomarker test) เพื่อบอกระดับของการสัมผัสสารเคมีได้จริง และการวิจัยนี้ระดับวัตถุประสงค์ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามเท่านั้น ผู้วิจัยไม่ได้วัดหรือสังเกต

พฤติกรรมจริง (Actual behaviors) ในการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชวานากลุ่มตัวอย่างเพื่อมาใช้ในการวิเคราะห์ผล

สรุป โปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีประสิทธิผลต่อเกษตรกรชวานากลุ่มทดลอง โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน เกษตรกรชวานามีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล

4.6 ตารางนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นภาษาอังกฤษ ตัวอย่าง

Table 1 Demographic and pesticide use related characteristics by intervention status

Demographic Data	Intervention group (n=46)		Control group (n=46)	
	number	%	number	%
Male	22	47.8	21	45.7
Age (years) (Mean ±Standard Deviation)	48.5±10.5		49.5 ± 12.3	
Married	46	100.0	43	93.5
Highest Education at Primary School	22	47.9	26	56.5
Diseases	6	13.0	10	21.7
Income not enough and debt*	40	87.0	24	52.2
Exposure to pesticide by spraying*	20	43.5	9	19.6
Exposure to pesticide by mixing	10	21.7	6	13.0
Exposure to pesticide by spraying & mixing	7	15.2	5	10.9
Using Personal Protective Equipment (PPE)	11	23.9	17	36.9
No experience of pesticide poisoning symptoms	23	50.0	25	54.3

*p-value <0.05

- 4.7 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ที่สอดคล้องกับข้อค้นพบที่สำคัญ
- 4.8 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เพื่อขยายหรือตรวจสอบองค์ความรู้
- 4.9 ระบุการได้รับทุน ในกิตติกรรมประกาศ ถ้าไม่ได้รับระบุว่าไม่ได้รับ
- 4.10 เอกสารอ้างอิง เป็น **ภาษาอังกฤษ** ใน **ระบบ Vancouver style** ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการอ้างอิง ภายในเนื้อหาและท้ายบท

การตีพิมพ์บทความวิชาการหรือวิจัยจะได้รับการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานถูกต้อง เชื่อถือได้ และมีคุณภาพ

กองบรรณาธิการแจ้งให้ทราบถึงความคืบหน้าในการพิจารณาบทความตลอดกระบวนการผลิต การประเมินผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง หลังจากการประเมิน เอกสารหลักฐานจะถูกส่งไปยังผู้เขียน ผู้รับผิดชอบหลัก และจะต้องแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามข้อเสนอแนะจากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนให้ทันที เพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจก่อนส่งโรงพิมพ์หรือเผยแพร่ออนไลน์

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง**Journal artical**

ผู้แต่ง 1 คน

Sakornpanich C. Factors Associated with Non-Smoking High School Male Students' Intention to Smoke Khaosaming school, Trad Province. Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center 2011; 28: 44-52. (in Thai)

ผู้แต่ง 2 คน

Wilaiwan W, Siriwong W. Assessment of health effects related to organophosphate pesticides exposure using blood cholinesterase activity as a biomarker in agricultural area at Nakhon Nayok Province, Thailand. J Health Res 2014; 28(1): 23-30. (in Thai)

ผู้แต่ง 6 คน

Lin E H, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon G. E, Oliver, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. Journal of Diabetes Care 2004; 27 (9): 2154-60.

Book

ผู้แต่ง 1 คน

Pichayapinyo. Nursing theory and application: individual, family, and community. Bangkok: Danex inter co-operation; 2013.

ผู้แต่ง 4 คน

Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Drug Use Disorder Identification Test. Karollinska Institutet, Stockholm; Sweden; 2002.

Organization

Thepthien B, Srivanichakorn S, Chucharoen P. The Behavioral Surveillance Survey of 10 Target Groups in Bangkok. Nakhon Pathom: ASEAN Institute for Health Development Mahidol University; 2013. (in Thai)

Chapter in the book

Areekul W, Hongsaguansri S, Tripathi S, Manaboriboon B, Areemit R, Prasertwit J et al. Practical points in Adolescent Health Care. Bangkok: APLUS Printing; 2012. p.20. (in Thai)

Agency publication

World Health Organization. Ecosystems and human well-being: Health synthesis. A report of the millennium ecosystem assessment. Geneva, WHO; 2005.

Conference proceedings

Puntang P. Factors Influencing Intention to Prevent Sexual Risk Behaviors of Female Secondary School Students under the Department of General Education, the Secondary Educational Service Area Office 2 in Chonburi Province. Proceedings of Research Conference; 2014 May 14-16; Chonburi, Thailand. Bangkok: triple Education; 2014. p.154-68. (in Thai)

Thesis

Panjai P. Food sanitation situation and influencing factors in Phitsanulok municipality. [M.Sc. Thesis in Environmental Sanitation]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Mahidol University; 2014.

Website

Centers for Disease Control and Prevention. Adolescent and School Health [Internet]. 2015 [cited 2016 January 10]. Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>.

Patent

Cramm NT. A Device to simplify the conversion of bibliographic information into citation format. U.S. Patent no. 7 005 423. September 13; 2005.

General Article and Reviews

1. The length of general article and reviews should be between 5-10 pages.
2. Follow the style and format of research article.

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ**1. การตีพิมพ์เผยแพร่บทความ**

- | | |
|---------------------------------------|-----------|
| 1.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข | 4,000 บาท |
| 1.2 สำหรับบุคคลทั่วไป | 5,000 บาท |

หมายเหตุ: สำหรับกรณีสมาชิกวารสาร หมายถึง การเป็นสมาชิกวารสารมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

- ค่าใช้จ่ายดังกล่าวเริ่มใช้ในการตีพิมพ์วารสารพยาบาลสาธารณสุข ตั้งแต่ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2567 เป็นต้นไป (วันที่ 1 มกราคม 2567)
- ค่าใช้จ่ายจะเรียกเก็บหลังจากวารสารได้แจ้งผลการตีพิมพ์แล้ว **และทางวารสารไม่มียกเว้นค่าธรรมเนียมแบบเร่งด่วน**

2. ในกรณีที่ผู้เขียนต้องการถอนบทความจากการตีพิมพ์มีค่าธรรมเนียม 2,000 บาท**ชำระค่าธรรมเนียม**

ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาย่อยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 254-2-04516-0

ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ”

เมื่อชำระค่าธรรมเนียมแล้วกรุณาส่งหลักฐานมาที่ :

E- mail: journal.thaiaphn@gmail.com

เพื่อเป็นหลักฐานในการออกใบเสร็จรับเงิน

ส่งถึง บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โดยเขียนที่อยู่พร้อมรหัสไปรษณีย์, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail ที่สะดวกในการติดต่อกลับ

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่ journal.thaiaphn@gmail.com

โทรศัพท์ 095-7013182

ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว/หน่วยงาน).....
ที่อยู่เพื่อส่งวารสารเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
ออกใบเสร็จในนาม.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท	<input type="checkbox"/> รายปี	อัตราค่าสมาชิก	1,000.00 บาท
	<input type="checkbox"/> ราย 3 ปี	อัตราค่าสมาชิก	2,500.00 บาท

โดยเริ่มตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....รวม.....เล่ม
และได้ส่งเงินจำนวน.....บาท (.....) ตัวอักษร

โดยส่งเงิน ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน
บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 254-2-04516-0

ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ”

และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินมาที่ :

บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุขสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 420/1 ถนนราชวิถีเขตราชเทวีกรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์/โทรสาร 095-7013182

E- mail: journal.thaiphn@gmail.com

.....
(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่สมัคร...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่วารสาร :

วารสาร/เลขที่ใบเสร็จ.....

ส่งใบเสร็จวันที่.....

.....
(ผู้ลงทะเบียน)

วันที่.....

แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ

รหัสเรื่อง.....

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่งวิชาการ (โปรดระบุ)

ศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ อื่นๆ ระบุ.....

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร..... E-mail.....

กรณีที่เป็นนักศึกษา หลักสูตร..... สาขาวิชา.....

คณะ..... มหาวิทยาลัย.....

มีความประสงค์ ส่งบทวิจัย/บทความเรื่อง

เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท บทความ บทความวิจัย บทความที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ สถานที่ทำงานที่ระบุข้างต้น

ที่อยู่ดังนี้.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ใดมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่น

ลงชื่อ..... ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของบทความ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาในกรณีที่เป็นนักศึกษา

ข้าพเจ้า.....อาจารย์ที่ปรึกษาของ.....

ได้ตรวจผลงานของนักศึกษาในบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแล้ว

ได้ตรวจผลงานของ.....เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาล

สาธารณสุข

ลงชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ

วันที่.....

ข้าพเจ้าผู้มีรายนามต่อไปนี้ ขอรับรองว่าบทความ/ ผลงานวิจัย

เรื่อง.....

ไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังส่งไปลงตีพิมพ์ในวารสาร/หนังสือ/เอกสารวิชาการอื่นๆ เช่น Proceedings นอกจากวารสารพยาบาลสาธารณสุข และข้าพเจ้าและทีมงานที่ปรากฏชื่อทุกคนยินยอมให้นำผลงานวิจัย/บทความนี้ลงพิมพ์ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ลายเซ็น

ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของผลงานวิจัย/บทความที่ประสานงานติดต่อกับกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข คือ.....

ที่อยู่

.....

.....

E-mail address:

โทรศัพท์โทรสาร

หมายเหตุ: ผลงานวิจัย/ บทความจะได้ลงตีพิมพ์เมื่อข้อมูลของบทความ ถูกต้องครบสมบูรณ์และโอนเงินค่าบริหารจัดการ พร้อมส่งหลักฐานการโอนเรียบร้อยแล้ว