



ผ่านการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่มที่ 1 (พ.ศ.2568-2572)

Approved for quality of TCI group 1 (2025-2029)

ISSN 2985-1750 (Online)

วารสารเครือข่าย
วิทยาลัยพยาบาล
และการสาธารณสุขภาคใต้

The Southern College
Network Journal of Nursing
and Public Health



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

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health
ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์ บุคลากร เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ (SC-Net) ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการ ของบุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนศิษย์เก่า และผู้สนใจ ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ และสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ และงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุข ในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ (SC-Net)

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

64 ถนนรามวิถี ตำบลบ่อยาง

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

โทร. 0-7431-1890 ต่อ 623 โทรสาร 0-7431-2562

<http://bcnsk.ac.th>; e-mail: scnet.journal@bcnsk.ac.th

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health
ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ศาสตราจารย์ พญ.วนิษา ชื่นกองแก้ว อาจารย์ ดร.มาริสา สุวรรณราช	ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย รองศาสตราจารย์ ดร.วัน เดชพิชัย รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช ชูโต รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกันต์ กาละ รองศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดไชย รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงวงศ์ รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ รองศาสตราจารย์ ดร.บุญพัฒน์ ไชยเมล์ รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรรณ รองศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.อรุณวรรณ หล้าอุบล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิวิทย์ ศรีเกษม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริญญา ชัยกองเกียรติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ศุภกมล เทพอักษร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นภาพร สิงห์วีระธรรม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรดา คำมะหิทย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพพร คำแสงสวัสดิ์ นายแพทย์กฤษศักดิ์ บำรุงเสนา ดร.เมธิญ วัฒนกุล อาจารย์ ดร.นิรัชรา ลิลละฮักกุล อาจารย์ ดร.จรรยาพร รอดเนียม อาจารย์ ดร.ชุติมา เฟื่องใหญ่ อาจารย์ ดร.อรอนงค์ รอดสวัสดิ์ Mr.Patrick Wauters	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธวิทยาลัย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญราษฎร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา (เกษียณอายุ) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โรงพยาบาลสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา English Language Editor (ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ)
บรรณาธิการ		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา		
ผู้ช่วยบรรณาธิการ		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปฐมมาศ โชติบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา		
กองจัดการ		
อาจารย์ณัชชา สังข์บุญไทย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา นางสาวเสาวนีย์ จุลนวล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา		
กำหนดออก		
ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม		
เจ้าของ		
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา		

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ จำนวน 3 ท่าน ต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ บุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีปีใหม่ 2569 สมาชิกวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ทุกท่าน วารสารฯ ได้ดำเนินการมาเป็นปีที่ 13 แล้ว ยังคงได้รับบทความจากหลากหลายสถาบันอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้วารสารมีความน่าเชื่อถือโดยฉบับนี้เป็นที่ 13 ฉบับที่ 1 มีบทความวิจัยจำนวน 16 เรื่อง เป็นบทความรับเชิญจากท่านอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนกและคณะ 1 เรื่อง ซึ่งเป็นบทความที่ทรงคุณค่า ยิ่งในการพัฒนาคุณภาพการศึกษาของสถาบันพระบรมราชชนก และอีก 15 เรื่องเป็นบทความจากบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับโดยทั้งหมดผ่านการพิจารณา กลั่นกรอง และให้คำแนะนำอย่างเข้มข้นจากผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสถาบันจำนวน 3 คนตอบบทความ แต่ถึงกระนั้นทางวารสารก็ยังคงเข้มข้นด้วยคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ของศูนย์อ้างอิงดัชนีวารสารไทย (TCI) เพื่อคัดสรรผลงานที่มีคุณภาพเข้าตีพิมพ์ในวารสารทั้งการรับผ่านระบบ Thai jo ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพงานวิจัย วิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ)

บรรณาธิการ

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

สารบัญ

บทความรับเชิญ:

- e283554 การพัฒนารูปแบบระบบการศึกษาเพื่อเป้าหมายที่ยั่งยืนด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ**
Developing an Educational Model for Sustainable Primary Health Care System
วิชัย เทียนถาวร, ณรงค์ ใจเที่ยง, เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม, ดุสิต สกุลปิยะเทวัญ,
จุฬารัตน์ ท้าวหาญ

บทความวิชาการ:

- e279484 การโค้ช: แนวคิด ประโยชน์ และการส่งเสริมการโค้ชในองค์กรพยาบาล**
Coaching: Concepts, Benefits, and the Promotion of Coaching in Nursing Organizations
ณัฐวัตร วงศ์จันทร์, ศรัณยา พิมลเกตุกุล, พรหมพิริยะ จินดาวัฒน์

บทความวิจัย :

- e278258 ภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข**
Servant Leadership of Nursing College Administrators under the Jurisdiction of Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health
รุจา แก้วเมืองฝาง, วรกาญจน์ สุขสดเขียว
- e279878 ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา**
The Effects of an Online Motivational Enhancement Therapy Program on Drinking Behavior among Patients with Alcohol Use Disorder
กัลยา นามโนรินทร์, ھرรรษา เศรษฐบุปผา, ชาลีณี สุวรรณยศ
- e278897 การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมพยาบาลตามเกณฑ์เวลาสำหรับการจัดบริการผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง**
Nursing Services at a Tertiary Hospital for Outpatients with Hepatitis C: A Time-Driven and Activity-Based Cost Analysis
นพรัตน์ เนียมสุคนธ์สกุล, เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย
- e278420 การรับรู้บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ**
Consumer Protection among District Public Health Executives: A Study on Perception of Roles and Legal Compliance
ไชยวิรุทธิ์ อุดทาโม๊ะ, นกษา สิงห์วีรธรรม, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล, พิสิษฐ์ ศรีอัครโกคิน

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

- e277014** ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน และภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คลินิกอายุรกรรมหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำปาง

Relationships between Health Literacy, Fluid Retention Prevention Behaviors, and Fluid Retention among Patients with Heart Failure,

Medical Heart Failure Clinic, Lamphang Hospital

ปนัดดา สวัสดิ์, กรรณิการ์ กองบุญเกิด, อนุรักษ์ แสงจันทร์, ปิยวรา กาจาริ

- e279792** รูปแบบการดำเนินงานเพื่อเร่งรัดกำจัดไข้มาลาเรียในพื้นที่มีปัญหาความไม่สงบ จังหวัดยะลา

Accelerating Malaria Elimination in Conflict-Affected Areas of Southern Thailand : An Operational Model from Yala Province

ปฐมพร พริกชู, ปรียาภรณ์ ชุ่มตา, ปัญญศิริย์ จันทร์น้อย

- e282692** ความคิดเห็นและมุมมองต่อบทบาทหน้าที่ ภารกิจและโครงสร้าง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Opinion and Perspectives of Relevant Personnel on the Roles, Missions, and Organizational Structures of Provincial and District Public Health Offices Following the Transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals to Local Administrative Organizations

นงษา สิงห์วีระธรรม, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย, นนท จินดาเวช, เกษมศานต์ ชัยศิลป์, ไชยวิสุทธิ อุดทาโม๊ะ

- e279653** ผลของการฟังอัลกุรอานต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุไทยมุสลิมก่อนรับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

The Effects of Listening to the Qur'an on Anxiety among Thai Muslim Older Adults before Undergoing Surgery with General Anesthesia

อับดุลวารีซ โต๊ะยูโซ๊ะ, เดชา ทำดี, จิตตวดี เหมียญทอง

- e282531** ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมกรอบความคิดแบบเติบโตในการลดภาวะเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

The Effectiveness of a Growth Mindset Promotion Program on Reducing Stress among Undergraduate Students at Kamphaeng Phet Rajabhat University

รัชณี ศรีตะวัน, กวินลักษณ์ นาวิจิต, กัลยา สุรารักษ์, ปริญญากร วรวรรณถาวร, มาเรียมุญดา คาราสะมานะกี

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

- e280582** การพัฒนารูปแบบการโค้ชวิถีชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุมุสลิม
โรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา
Development of a Lifestyle-Coaching Model to Prevent Complication among Muslim Older Adults with Type 2 Diabetes in Yala Province
สุริพร ศิริยะพันธุ์, ประภาเพ็ญ สุวรรณ
- e281705** ผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองต่อการดูแลตนเองด้าน
การยศาสตร์และความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา
The Effects of a Community Empowerment Program to Promote Self-Care on Ergonomic Self-Care and Severity of Knee Osteoarthritis among Older Rubber Tappers
ศิริสุข ชูเย็น, พิชรี คมจักรพันธุ์, อารมณ์ทิพย์ บัวเพชร
- e281676** การพัฒนาเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยสำหรับพยาบาลหัวหน้าเวร
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ
Development of Safety Performance Measurement Instrument for Charge Nurses in Tertiary Hospitals
เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, วรณดี สุทธิศักดิ์, อุษา ตันทพงษ์, เนตรชนก ศรีทุมมา, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร, เกตกนก แสงอุบล, ศจีรัตน์ โกศล
- e282501** ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์แรก ต่อความรู้
ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วย
นมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน
Effects of a Breastfeeding Promotion Program for Primigravida Women on Knowledge, Attitudes, Subjective Norms, Perceived Behavioral Control, and Intention for Exclusive Breastfeeding for 6 Months
เวณิกา พรภุณา, เอมอร บุตรอุดม, สุธิดา อินทรเพชร, วรณา ปิยะเศวตกุล, ทิพวรรณ โคตรตาแสง, พรหมภาย์ ตันทอง
- e282518** ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในเขตเมือง โรงพยาบาล
วชิรพยาบาล
Effects of a Self-Efficacy Promotion Program on Stroke Prevention Behaviors in Urban Hypertensive Patients with Uncontrolled Blood Pressure at Vajira Hospital
วิริยา คำฤาชา, รัตนาภรณ์ ทุมคำ, กัมพล อินทรทะกุล, เสาวนีย์ สุขทองกลาง, ชนิภรณ์ ลีลาประเสริฐวงศ์

บทความรับเชิญ

การพัฒนาแบบระบบการศึกษาเพื่อเป้าหมายที่ยั่งยืนด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ Developing an Educational Model for Sustainable Primary Health Care System

วิชัย เทียนถาวร¹, ณรงค์ ใจเที่ยง^{1*}, เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม², ดุสิต สกulpิยะเทวัญ³, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ⁴
Vichai Tienthavorn¹, Narong Chaitiang^{1*}, Penphan Pitaksongkram², Dusit Sakulpiyatewan³,
Chularat Howharn⁴

¹สถาบันพระบรมราชชนก, ²คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, ³กองกิจการนักศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก

⁴วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Praboromarajchanok Institute, ²Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³Division of Student Affairs, Praboromarajchanok Institute

⁴Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: October 27, 2025; Revised: November 12, 2025; Accepted: December 13, 2025)

บทคัดย่อ

การพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care: PHC) ถือเป็นหัวใจของระบบสุขภาพที่ยั่งยืน เนื่องจากเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความเท่าเทียมด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่ม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวางกรอบทิศทาง นโยบาย และวิสัยทัศน์ของสถาบันพระบรมราชชนก กลไกขับเคลื่อน “5 Excellences” การเชื่อมโยงเชิงยุทธศาสตร์ พัฒนารูปแบบระบบการศึกษาที่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยเฉพาะ เป้าหมายที่ 3 การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เป้าหมายที่ 4 การศึกษาที่มีคุณภาพ เป้าหมายที่ 5 ความเท่าเทียมทางเพศ เป้าหมายที่ 10 การลดความเหลื่อมล้ำ และเป้าหมายที่ 17 ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ผลการวิเคราะห์เชิงนโยบายและแนวปฏิบัติของสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ พบว่าการพัฒนารูปแบบระบบการศึกษาเพื่อความยั่งยืนควรมุ่งเน้น 4 มิติหลัก ได้แก่ (1) การบูรณาการหลักสูตรให้สอดคล้องกับบริบทสุขภาพชุมชนและความเท่าเทียม (2) การส่งเสริมการเรียนรู้เชิงพื้นที่เพื่อสร้างความเข้าใจปัญหาสุขภาพในระดับฐานราก (3) การใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและลดความเหลื่อมล้ำ และ (4) การสร้างความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา ภาครัฐ เอกชน และชุมชนในลักษณะเครือข่ายพันธมิตร (Partnership for SDGs) ผลลัพธ์ของรูปแบบดังกล่าวจะนำไปสู่การพัฒนาบุคลากรสุขภาพที่มีสมรรถนะสูง มีจิตสำนึกสาธารณะ และสามารถขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิให้บรรลุเป้าหมายความยั่งยืนของประเทศได้อย่างแท้จริง

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพปฐมภูมิ การศึกษา การพัฒนาที่ยั่งยืน ความร่วมมือเพื่อสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: narong@pi.ac.th)

Abstract

Primary Health Care (PHC) serves as the foundation for achieving sustainable and equitable health systems. This study aims to Direction, Policy and Vision of the Prabommarajchanok Institute, the driving mechanism of "5 Excellences" strategic linkages develop an educational model that aligns with the Sustainable Development Goals (SDGs), particularly Goal 3 (Good Health and Well-being), Goal 4 (Quality Education), Goal 5 (Gender Equality), Goal 10 (Reduced Inequalities), and Goal 17 (Partnerships for the Goals). Policy and practice analysis revealed that developing an education system for sustainable PHC requires integration across four key dimensions: (1) curriculum integration that reflects community health contexts and equity principles; (2) place-based learning to strengthen local health understanding; (3) the use of digital health technologies to enhance accessibility and reduce disparities; and (4) the establishment of strong multi-sectoral partnerships among academic institutions, government agencies, private sectors, and communities under the "Partnership for SDGs" framework. The proposed model contributes to the development of competent and socially responsible health professionals who can effectively drive primary health care toward achieving sustainable national health goals.

Keywords: Primary Health Care, Education, Sustainable Development, Health Partnership

บทนำ

แนวคิด Phenotype = Genotype + Environment เป็นกรอบแนวคิดทางพันธุศาสตร์ที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะที่ปรากฏของสิ่งมีชีวิต (Phenotype) กับรหัสพันธุกรรม (Genotype) และอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งร่วมกันกำหนดผลลัพธ์ทางกายภาพ พฤติกรรม หรือสมรรถนะของสิ่งมีชีวิตแต่ละชนิด Griffiths, Wessler, Carroll, Doebley (2020) โดย Phenotype หมายถึง ลักษณะที่สามารถสังเกตได้ เช่น รูปร่าง พฤติกรรม หรือความสามารถทางการเรียนรู้ ซึ่งเกิดจากการแสดงออกของยีนภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่สิ่งมีชีวิตอาศัยอยู่ (Pierce, 2017) เมื่อนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในบริบทของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาหลักด้านสาธารณสุขของประเทศไทย แนวคิด Phenotype = Genotype + Environment สามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดเชิงเปรียบเทียบในการพัฒนานักศึกษา บุคลากรสุขภาพ และระบบการศึกษาที่มีคุณภาพและยั่งยืน โดยสามารถตีความได้ว่า "Genotype" เปรียบได้กับพื้นฐานทางวิชาการและศักยภาพของนักศึกษา ส่วน "Environment" คือ บริบทของการเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ และสิ่งแวดล้อมทางการศึกษาและอาชีพตามศาสตร์ต่าง ๆ ที่สถาบันจัดให้ ซึ่งทั้งสององค์ประกอบนี้จะส่งผลต่อ "Phenotype" คือ ลักษณะและคุณลักษณะของบัณฑิตที่ปรากฏออกมาในสังคม (สถาบันพระบรมราชชนก, 2566)

สถาบันพระบรมราชชนก มีโครงสร้างการบริหารที่ครอบคลุมหน่วยงานด้านการผลิตบุคลากรสุขภาพในระดับอุดมศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วนราชการ ได้แก่ สำนักวิชาการ สำนักงานอธิการบดี คณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ ซึ่งแต่ละคณะมีหน่วยงานในสังกัดทั่วประเทศ (สถาบันพระบรมราชชนก, 2566) โดยคณะพยาบาลศาสตร์มีวิทยาลัยในสังกัด 30 แห่ง คณะแพทยศาสตร์มี 3 แห่ง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์มี 9 แห่ง และมีโครงการจัดตั้งวิทยาลัยอีก 2 แห่ง รวมถึงโครงการจัดตั้งคณะเภสัชศาสตร์ และคณะทันตแพทยศาสตร์ เพื่อขยายการผลิตบุคลากรสุขภาพให้ครบมิติของระบบบริการสุขภาพ (สำนักงานอธิการบดี สถาบันพระบรมราชชนก, 2567)

การพัฒนานักศึกษาของสถาบันพระบรมราชชนกให้เป็นบัณฑิตที่มี "Phenotype" ที่พึงประสงค์ จึงต้องอาศัยทั้งการเสริมสร้าง "Genotype" คือองค์ความรู้และคุณค่าทางวิชาชีพ ตลอดจนการออกแบบ "Environment"

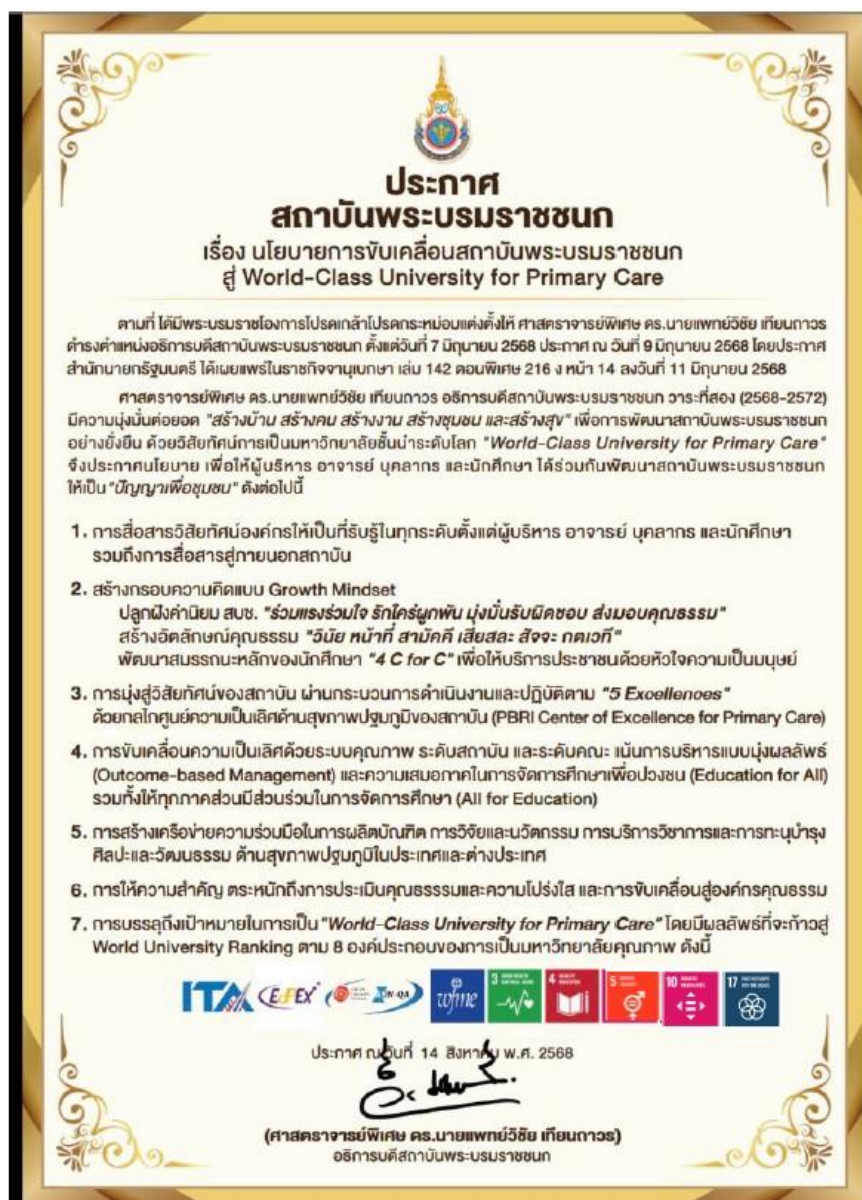
หรือสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ให้ส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุก การปฏิบัติจริง และความเข้าใจในสถานะของชุมชน เพื่อให้บัณฑิตสามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพของประเทศไทยอย่างยั่งยืน

ทิศทาง นโยบาย และวิสัยทัศน์ของสถาบันพระบรมราชชนก

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันอุดมศึกษาหลักในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพของประเทศ มีพันธกิจสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพ เท่าเทียม และยั่งยืน โดยมีทิศทางและนโยบายที่เชื่อมโยงกับแนวคิดการพัฒนาในระดับโลกตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เป้าหมายที่ 4 การศึกษาที่มีคุณภาพ เป้าหมายที่ 5 คือ ความเท่าเทียมทางเพศ (Gender Equality) เพื่อบรรลุความเท่าเทียมระหว่างเพศ และเสริมพลังให้สตรีและเด็กหญิงทุกคน ได้มีสิทธิเสรีภาพ และโอกาสเท่าเทียมกับบุรุษในทุกด้านของชีวิต ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรม เป้าหมายที่ 10 การลดความเหลื่อมล้ำ และเป้าหมายที่ 17 ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (United Nations, 2015)

นโยบายหลักของสถาบันฯ ได้รับการกำหนดให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ และการพัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีสมรรถนะสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยและมาตรฐานสากล (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) สถาบันพระบรมราชชนกได้นำแนวคิดและข้อมูลด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care System) มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนและพัฒนา รูปแบบการจัดการศึกษา โดยใช้ “สช.โมเดลป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” ซึ่งเป็นแนวคิดเชิงนวัตกรรมที่เชื่อมโยงการเรียนรู้กับสถานะในทุกมิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ ปัญญา สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อปลูกฝังให้นักศึกษามีสมรรถนะทั้งทางวิชาชีพและจิตสำนึกสาธารณะ สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพได้อย่างยั่งยืน (วิชัย เทียนถาวร, 2566) นอกจากนี้ สถาบันยังได้นำแนวคิด “Education for All – All for Education” มาใช้เป็นหลักในการจัดการศึกษา เพื่อเปิดโอกาสทางการเรียนรู้ให้กับทุกคน และส่งเสริมความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ “การสร้างบัณฑิตคุณภาพเพื่อสุขภาพประชาชน” ภายใต้บริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อน ทั้งนี้ การดำเนินงานของสถาบันฯ ยังตั้งอยู่บนกรอบของพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562 ซึ่งกำหนดบทบาทหน้าที่ของสถาบันให้มีความเป็นอิสระทางวิชาการ มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และมีความคล่องตัวในการพัฒนาหลักสูตร การวิจัย และการบริการวิชาการเพื่อสังคม (พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก, 2562) ทั้งนี้ ทุกนโยบายและแผนงานถูกออกแบบให้เชื่อมโยงกับมาตรฐานการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาของประเทศและมาตรฐานสากล เพื่อขับเคลื่อนสถาบันสู่เป้าหมายการเป็น “สถาบันอุดมศึกษาระดับโลกด้านปฐมภูมิ” (World Class University for Primary Care)

กล่าวโดยสรุป ทิศทางและนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนกในปัจจุบัน เป็นการบูรณาการระหว่างพันธกิจทางการศึกษา วิจัย การบริการสุขภาพ และความร่วมมือระหว่างประเทศ ภายใต้กรอบการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยมุ่งเน้นให้บัณฑิตของสถาบันมีความรู้คู่คุณธรรม มีสมรรถนะทางวิชาชีพ และมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศให้เข้มแข็งและยั่งยืนในอนาคต



ภาพ 1 ประกาศสถาบันพระบรมราชชนก เรื่อง นโยบายการขับเคลื่อนสถาบันพระบรมราชชนก
สู่ World-Class University for Primary Care

ประกาศฉบับนี้มีสาระสำคัญในการกำหนดทิศทางและนโยบายของ สถาบันพระบรมราชชนก ภายใต้วิสัยทัศน์ใหม่คือ “World-Class University for Primary Care” โดยมุ่งยกระดับสถาบันให้เป็นมหาวิทยาลัยระดับโลก ด้านสุขภาพปฐมนิเทศซึ่งสะท้อนถึงความต่อเนื่องของนโยบายในวาระที่สองของ ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ที่ได้รับพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ แต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งอธิการบดี ตั้งแต่วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2568 (ประกาศสถาบันพระบรมราชชนก, 2568)

สาระสำคัญของประกาศ

ประกาศฉบับนี้ประกอบด้วยนโยบายหลักที่สอดคล้องกับแนวคิด “สร้างบ้าน สร้างคน สร้างงาน สร้างชุมชน และสร้างสุข” ซึ่งเป็นกรอบการพัฒนาทั้งด้านคนและองค์กรของสถาบัน โดยมีสาระสำคัญดังนี้

การสื่อสารวิสัยทัศน์องค์กร

สถาบันเน้นการสื่อสารและถ่ายทอดวิสัยทัศน์ให้ทั่วถึงทุกระดับ ทั้งผู้บริหาร อาจารย์ บุคลากร และนักศึกษา รวมถึงการสื่อสารสู่สังคมภายนอก เพื่อสร้างภาพลักษณ์องค์กรแห่งการเรียนรู้และการบริการเพื่อชุมชนซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมและการสื่อสารเชิงนโยบาย (Policy Communication) (ประกาศสถาบันพระบรมราชชนก, 2568)

การสร้าง Growth Mindset และค่านิยมองค์กร

จากประกาศนี้ ได้เน้นให้ปลูกฝังแนวคิด “Growth Mindset” ในบุคลากรทุกระดับพร้อมค่านิยมหลักของสถาบัน ได้แก่ “ร่วมแรงร่วมใจ รักใคร่ผูกพัน มุ่งมั่นรับผิดชอบ ส่งมอบคุณธรรม” และอัตลักษณ์คุณธรรม 6 ประการ คือ “วินัย หน้าที่ สามัคคี เสียสละ สัจจะ กตเวทิตา” แนวทางนี้แสดงถึงการผสมผสานระหว่างการพัฒนาทางจิตวิญญาณและคุณธรรมในวิชาชีพสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างบุคลากรสุขภาพที่มีจิตสำนึกสาธารณะและคุณธรรมวิชาชีพ โดยการพัฒนาสมรรถนะหลักของนักศึกษา “4C for C” สถาบันกำหนดสมรรถนะหลัก 4 ด้าน ได้แก่ Critical Thinking (การคิดเชิงวิพากษ์) Creativity (ความคิดสร้างสรรค์) Communication (การสื่อสาร) และ Collaboration (การทำงานร่วมกัน) เพื่อให้เกิดการบริการประชาชนด้วย “หัวใจความเป็นมนุษย์” (Humanized Health Care) ซึ่งสะท้อนถึงการเรียนรู้เชิงรุกและการสร้างทักษะแห่งอนาคต (Future Competencies)

กลไกขับเคลื่อน “5 Excellences”

ประกาศระบุว่าการดำเนินงานของสถาบันจะขับเคลื่อนผ่านกลไก “5 Excellences” โดยใช้ศูนย์ความเป็นเลิศด้านสุขภาพปฐมภูมิ (PBRI Center of Excellence for Primary Care) เป็นศูนย์กลางพัฒนาความรู้และนวัตกรรมเพื่อสร้างความเป็นเลิศในด้านการศึกษา การวิจัย และบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังต่อไปนี้

1. การบริหารจัดการเชิงคุณภาพและความเสมอภาค สถาบันมุ่งใช้แนวทางการบริหารจัดการที่เน้นผลลัพธ์ (Outcome-based Management) ควบคู่กับหลัก “Education for All – All for Education” เพื่อส่งเสริมความเสมอภาคทางการศึกษาและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาคุณภาพการเรียนรู้
2. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ประกาศยังเน้นการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในทุกมิติ ทั้งด้านการผลิตบัณฑิต การวิจัย นวัตกรรมและการบริการวิชาการกับหน่วยงานในประเทศและต่างประเทศสอดคล้องกับ SDG 17 (Partnerships for the Goals) ซึ่งเน้นการพัฒนาความร่วมมือเพื่อความยั่งยืน
3. การขับเคลื่อนองค์กรคุณธรรม สถาบันให้ความสำคัญต่อการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และการพัฒนาองค์กรคุณธรรมเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรให้เป็นต้นแบบของสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพที่มีธรรมาภิบาล
4. การเชื่อมโยงเชิงยุทธศาสตร์ ประกาศฉบับนี้เป็นการสานต่อยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2561 – 2580 โดยมุ่งพัฒนา “คน-ความรู้-ชุมชน-สุขภาพ” ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโลกและนำสถาบันสู่มาตรฐานการจัดอันดับมหาวิทยาลัยโลก (World University Ranking) ตาม 8 องค์ประกอบแห่งคุณภาพซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนามหาวิทยาลัยระดับสากล (สถาบันพระบรมราชชนก, 2568)

โดยสรุป ประกาศนโยบายการขับเคลื่อนสถาบันพระบรมราชชนก สู่ World-Class University for Primary Care เป็นกรอบแนวทางเชิงนโยบายที่กำหนดเป้าหมายชัดเจนในการพัฒนาองค์กร บุคลากร และนักศึกษาให้ก้าวสู่ความเป็นเลิศทั้งในระดับชาติและนานาชาติ ผ่านการบูรณาการคุณธรรม นวัตกรรม และการบริหารจัดการเชิงระบบสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

หลักในการทำงานเป็นทีมและการจัดการศึกษาแบบ IPE (Interprofessional Education)

1. หลักการและแนวคิดของการทำงานเป็นทีม การทำงานเป็นทีม (Teamwork) เป็นพื้นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ต้องอาศัยการบูรณาการความรู้จากหลากหลายสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสาธารณสุข นักจิตวิทยา และบุคลากรชุมชน (World Health Organization [WHO], 2010) ทั้งนี้หลักสำคัญของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) การสื่อสารที่ชัดเจนและเปิดเผย (Open Communication) เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมและลด

ความขัดแย้ง 2) การเคารพในบทบาทและความเชี่ยวชาญของกันและกัน (Mutual Respect) ซึ่งช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจ 3) การทำงานโดยมีเป้าหมายร่วม (Shared Goals) เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ 4) ภาวะผู้นำร่วม (Shared Leadership) ที่เน้นความรับผิดชอบร่วมกันมากกว่าการสั่งการแบบลำดับขั้น และ 5) การประเมินผลและการเรียนรู้ร่วมกัน (Reflective Practice) เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าแนวทางเหล่านี้สะท้อนถึงแนวคิด “Team-based Care” ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (WHO, 2018)

2. การจัดการศึกษาแบบ IPE (Interprofessional Education) การจัดการศึกษาแบบ IPE หมายถึง กระบวนการจัดการเรียนการสอนที่นักศึกษาจากหลายสาขาวิชาชีพเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และขอบเขตของแต่ละวิชาชีพ พร้อมทั้งฝึกทักษะการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม และการแก้ปัญหาด้วยแนวคิดแบบสหสาขา (Interprofessional Collaborative Practice) (Barr, Koppel, Reeves, Hammick, Freeth, 2017) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ได้ให้คำจำกัดความว่า “Interprofessional Education occurs when students from two or more professions learn about, from, and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes.” การเรียนรู้แบบ IPE มีเป้าหมายสำคัญคือการสร้าง “ความเข้าใจร่วม” (Shared Understanding) และ “ความรับผิดชอบร่วม” (Shared Accountability) ระหว่างสาขาวิชาชีพสุขภาพ เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงกันในทุกระดับ ในบริบทของประเทศไทย การจัดการศึกษาแบบ IPE ได้รับการผลักดันอย่างเป็นรูปธรรมโดยสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีนโยบายให้การศึกษาด้านสุขภาพทุกหลักสูตร ดำเนินการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ เพื่อสร้างบัณฑิตสุขภาพที่มีสมรรถนะสอดคล้องกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สถาบันพระบรมราชชนก, 2567)

3. การเชื่อมโยงกับโครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพ (๙ หมอ) การจัดการศึกษาแบบ IPE มีบทบาทสำคัญใน “โครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัว ตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วประเทศ (๙ หมอ)” ซึ่งได้รับอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 โดยมีแผนการผลิตบุคลากรสุขภาพจำนวน 62,000 คน ภายใน 10 ปี (ปีละ 6,200 คน) และงบประมาณรวม 37,234,480,000 บาท (คณะรัฐมนตรี, 2567) โดยโครงการนี้สอดคล้องกับนโยบาย รัฐธรรมนูญ และพระราชบัญญัติดังนี้

3.1 นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนากำลังคนสุขภาพและการศึกษาสหวิชาชีพ

3.2 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 และ 258(5) ที่กำหนดให้รัฐต้องจัดระบบบริการสาธารณสุขที่ทั่วถึงและมีคุณภาพ ด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิตามรูปแบบเวชศาสตร์ครอบครัว

3.3 พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่เน้นให้บริการสุขภาพแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

3.4 พระราชบัญญัติ สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562 เป็นกฎหมายสำคัญที่กำหนดสถานะ หน้าที่ และโครงสร้างของ “สถาบันพระบรมราชชนก” ซึ่งอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีคุณภาพและตอบสนองต่อระบบสุขภาพของประเทศ

จะเห็นได้ว่าการจัดการศึกษาแบบ IPE จึงถือเป็น “เครื่องมือหลัก” ในการดำเนินโครงการดังกล่าว เพราะช่วยให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาขาอื่น ๆ เข้าใจบทบาทของตนและผู้อื่น สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

สรุปหลักการทำงานเป็นทีมและการจัดการศึกษาแบบ IPE เป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพและยั่งยืน การสร้างความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาชีพตั้งแต่ระดับการศึกษา จะนำไปสู่การบริการสุขภาพที่ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับหลักการของรัฐธรรมนูญและยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข การขับเคลื่อนโครงการ “๙ หมอ” ภายใต้กรอบของ IPE จึงไม่เพียงเป็นการผลิตบุคลากรเชิงปริมาณ แต่เป็นการสร้าง “ทีมสุขภาพคุณภาพ” เพื่อประชาชนไทยทุกคนอย่างแท้จริง

การนิเทศงานและติดตามผลการดำเนินงานของแต่ละเขตการศึกษา

สถาบันพระบรมราชชนกแบ่งการบริหารพื้นที่ออกเป็น เขตการศึกษา ครอบคลุมเครือข่ายวิทยาลัยในภูมิภาคต่าง ๆ โดยมีระบบนิเทศงาน (Supervision) และติดตามผลการดำเนินงาน (Monitoring & Evaluation: M&E) อย่างต่อเนื่อง วัตถุประสงค์คือเพื่อประเมินความก้าวหน้า คุณภาพการจัดการศึกษา และมาตรฐานวิชาชีพด้านสุขภาพให้เป็นไปตามกรอบยุทธศาสตร์ของสถาบัน

ผลผลิตจากวิทยาลัยในพื้นที่

สถาบันพระบรมราชชนกมีหน่วยงานการศึกษาในสังกัดกว่า 40 แห่งทั่วประเทศประกอบด้วย คณะพยาบาลศาสตร์ 30 วิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ 3 วิทยาลัย และคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ 9 วิทยาลัย รวมถึงโครงการจัดตั้งคณะใหม่ด้าน เกษศาสตร์ และ ทันตแพทยศาสตร์ (สถาบันพระบรมราชชนก, 2566) โดยผลผลิตเหล่านี้เป็นผลลัพธ์จากการบริหารจัดการแบบบูรณาการทั้งด้านการสอน การวิจัย และการบริการ เพื่อสร้าง “ปัญญาเพื่อชุมชน” ตามวิสัยทัศน์ของสถาบัน

1. บัณฑิตสุขภาพคุณภาพสูง ที่มีความรู้คู่คุณธรรมและมีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
2. งานวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพชุมชน เช่น ระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพ
3. โครงการบริการวิชาการเชิงพื้นที่ ที่เชื่อมโยงมหาวิทยาลัยกับชุมชน เช่น โครงการ “คนดี คนเก่ง และเป็นสุข” และ “สุขภาพดีด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” “โครงการ สบข. สัจจ” ที่ดำเนินการ MOU กับโรงเรียนมัธยมทั่วประเทศตั้งแต่ปีการศึกษา 2565 เพื่อเปิดโอกาสทางการศึกษาให้นักเรียนทั่วประเทศได้เรียน แพทย์ พยาบาล สาธารณสุข (วิจัย เที่ยวนถาวร, 2566)

กระบวนการนิเทศครอบคลุม 3 ระดับหลัก ได้แก่

1. ระดับวิทยาลัย (College Level): การประเมินภายใน การรายงานผลสัมฤทธิ์ของผู้เรียน และการติดตามผลการฝึกปฏิบัติในชุมชน
2. ระดับเขตการศึกษา (Regional Level): การนิเทศวิทยาลัยในสังกัด เพื่อถ่ายทอดนโยบายและแลกเปลี่ยนแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practices)
3. ระดับสถาบัน (Institutional Level): การกำหนดนโยบายและมาตรฐานกลาง เช่น กรอบสมรรถนะบัณฑิตสุขภาพ (Core Competencies) และเกณฑ์คุณภาพการศึกษาภายใน (QA)

ระบบนิเทศนี้เป็นทั้ง “กลไกควบคุมคุณภาพ” และ “กลไกเสริมพลังทางวิชาการ” ช่วยให้การบริหารการศึกษาในแต่ละเขตสอดคล้องกับมาตรฐานกลางของสถาบัน (สำนักงานอธิการบดี สถาบันพระบรมราชชนก, 2567)

ความร่วมมือกับสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนามีนทราชนิ

ความร่วมมือระหว่าง สถาบันพระบรมราชชนก และสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนามีนทราชนิเป็นตัวอย่างของการบูรณาการ “การเรียนรู้เชิงพื้นที่ (Place-based Learning)” นักศึกษาได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงในชุมชน และฝึกปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ ภายใต้บทบาทหลักของความร่วมมือนี้ ได้แก่

1. เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติวิชาชีพ (Clinical and Community Practice Site)
2. พัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก
3. เป็นเวทีการเรียนรู้ร่วมระหว่างนักศึกษาและบุคลากรในพื้นที่ (IPE Practice)
4. เสริมสร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชนให้เชื่อมโยงระหว่างสถาบันการศึกษา หน่วยบริการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การดำเนินงานลักษณะนี้สะท้อนแนวทางการศึกษาแบบ “เรียนรู้ร่วมมือ-รับใช้ชุมชน” (Service-learning Model) ซึ่งสอดคล้องกับแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งให้สถานศึกษาเป็นฐานพัฒนา “ทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ” (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

ผลสัมฤทธิ์ในการเรียนการสอนระบบวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ผลการนิเทศงานและความร่วมมือเชิงพื้นที่ ส่งผลให้คุณภาพการเรียนการสอนของสถาบันพระบรมราชชนกเติบโตอย่างต่อเนื่องในมิติของ 1) คุณภาพทางวิชาการ (Academic Quality): นักศึกษามีสมรรถนะหลักด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การคิดวิเคราะห์เชิงระบบ และการทำงานเป็นทีม 2) คุณภาพด้านจิตสำนึกสาธารณะ (Public Mind): นักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานในชุมชน และ 3) คุณภาพเชิงนวัตกรรม (Innovation): วิทยาลัยในสังกัดสามารถพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่

สิ่งเหล่านี้เป็นผลลัพธ์ของระบบการศึกษาที่บูรณาการ การนิเทศงาน-การติดตามคุณภาพ-และความร่วมมือกับพื้นที่จริง ซึ่งช่วยให้สถาบันพระบรมราชชนกเป็นแบบอย่างของการจัดการศึกษาเพื่อความยั่งยืนด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 การดำเนินงานของสถาบันพระบรมราชชนกแสดงให้เห็นถึงระบบการบริหารจัดการแบบองค์รวมที่ผสมผสานการนิเทศงานติดตามคุณภาพ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือเชิงพื้นที่ และการพัฒนาผลผลิตทางการศึกษาโดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ “การผลิตบัณฑิตสุขภาพคุณภาพเพื่อประชาชน” ซึ่งสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของสถาบันในการเป็น “World-Class University for Primary Care”

ความร่วมมือด้านหลักสูตรสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์กับสถาบันพระบรมราชชนก

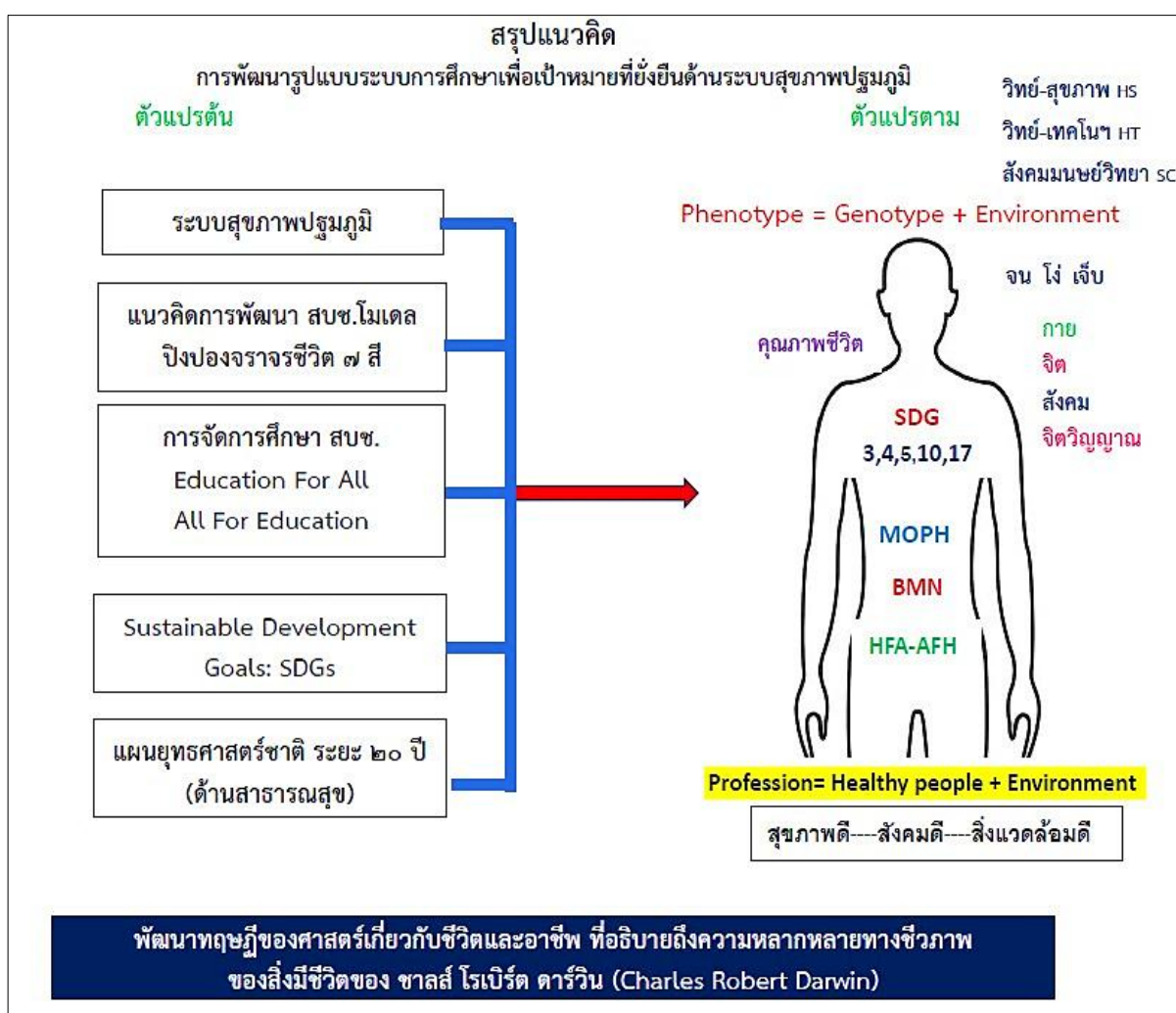
สถาบันพระบรมราชชนกมีวิสัยทัศน์ในการผลิตบุคลากรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีคุณภาพ พร้อมจิตสาธารณะ และมีคุณธรรมสูง ในการนี้สถาบันได้ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เพื่อสนับสนุนการเรียนการสอนแบบคู่ขนาน (Parallel Learning) โดยมีหลักสูตรสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ที่เข้าร่วม ได้แก่ หลักสูตรนิติศาสตรบัณฑิต (Bachelor of Laws) มุ่งเน้นความรู้ด้านกฎหมายและระบบการบริหารจัดการที่เป็นธรรม ช่วยสร้างบุคลากรสุขภาพที่มีความเข้าใจด้านกฎหมายสุขภาพ สิทธิมนุษยชน และข้อกำหนดทางจริยธรรมในการให้บริการ ส่งเสริมการตัดสินใจที่ยึดหลักธรรมาภิบาลและความสุจริตในงานบริการสาธารณสุข (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2564) หลักสูตรเศรษฐศาสตรบัณฑิต (Bachelor of Economics) มุ่งเน้นการวิเคราะห์เศรษฐกิจและนโยบายสาธารณะ สนับสนุนบุคลากรด้านสุขภาพให้มีความสามารถในการบริหารจัดการทรัพยากร และวางแผนงบประมาณของหน่วยงานสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ เสริมสร้างความเข้าใจในมิติเศรษฐกิจของชุมชนเพื่อการพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืน (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2564) หลักสูตรรัฐศาสตรบัณฑิต (Bachelor of Political Science) โดย มุ่งเน้นความรู้ด้านการเมือง การบริหารราชการ และนโยบายสาธารณะ สนับสนุนบุคลากรให้สามารถวิเคราะห์และออกแบบนโยบายด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทสังคมและความต้องการของประชาชน เสริมสร้างความสามารถในการมีส่วนร่วมกับชุมชนและหน่วยงานภาครัฐเพื่อพัฒนาชุมชนอย่างเป็นระบบ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2564)

สรุปความร่วมมือดังกล่าว สถาบันพระบรมราชชนกมุ่งสร้างบุคลากรที่ มีความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และมนุษยธรรมในการทำงาน โดยยึดหลักการทำงานที่สุจริตเที่ยงธรรม และธรรมาภิบาล มีความรอบรู้ด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ และเน้นบริการประชาชนด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เพื่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมในการทำงาน พร้อมทั้งมีจริยธรรมและจรรยาบรรณ ซึ่งสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาชุมชน สังคม และบ้านเกิดของตนตามแนวคิด “Wisdom for Community” (สถาบันพระบรมราชชนก, 2563) ความร่วมมือในลักษณะนี้จึงเป็นการบูรณาการความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพเข้ากับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ เพื่อผลิตบุคลากรที่ครบเครื่อง ทั้งด้านวิชาชีพ สุขภาพ และจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์

บทสรุปการพัฒนา รูปแบบระบบการศึกษาเพื่อเป้าหมายที่ยั่งยืนด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ

การพัฒนา รูปแบบระบบการศึกษาเพื่อสนับสนุน ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้ยั่งยืนนั้น จำเป็นต้องมุ่งเน้นไปที่การสร้างบุคลากรที่มีความรู้ครบทั้งด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและความเข้าใจด้านสังคมศาสตร์ รวมทั้งสามารถประเมินความจำเป็นพื้นฐานของประชากร ได้อย่างแม่นยำ โดยผ่านตัวชี้วัดสำคัญ เช่น ด้านโภชนาการ สุขอนามัย การเข้าถึงบริการสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่มั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม การประเมินเหล่านี้ทำให้สามารถกำหนดมาตรการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างตรงจุด ส่งผลให้ประชาชนมีชีวิตที่ดีขึ้น (Quality of Life) และระบบสุขภาพ

สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นของประชากรอย่างเหมาะสม การวัดผลผ่านตัวชี้วัดพื้นฐานนี้ช่วยให้ วงจร “เจ็บ จน ใจ” (Sick-Poor-Uneducated Cycle) ค่อย ๆ ถูกลดหรือกำจัดไป เพราะทุกตัวชี้วัดสามารถสะท้อนความต้องการและความเสี่ยงของชุมชน ทำให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรและนโยบายที่ตรงเป้าหมาย (World Health Organization, 2020) ในเชิงทฤษฎีการพัฒนาระบบการศึกษาที่ยั่งยืนนี้สอดคล้องกับหลักการวิวัฒนาการและความหลากหลายทางชีวภาพ ของ ชาลส์ โรเบิร์ต ดาร์วิน (Darwin, 1859) ที่เน้นการปรับตัวและความหลากหลายเพื่อความอยู่รอดในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง เมื่อระบบการศึกษาและสุขภาพสามารถปรับตัวตามความจำเป็นพื้นฐานของประชากรได้ บุคลากรและประชาชนก็จะสามารถพัฒนา “ความสามารถอดชีวิต” ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ดียิ่งขึ้น การสร้างระบบที่ตอบสนองต่อความแตกต่างของประชากรและบริบทท้องถิ่นเป็นการสะท้อนแนวคิด Natural Selection ของดาร์วิน ที่สิ่งมีชีวิตหรือระบบใดที่สามารถปรับตัวได้ดีที่สุด จะมีโอกาสเจริญเติบโตและคงอยู่ในสังคมได้อย่างยั่งยืนด้วยการบูรณาการแนวคิดด้านคุณภาพชีวิต การประเมินความจำเป็นพื้นฐาน และทฤษฎีวิวัฒนาการ การพัฒนารูปแบบระบบการศึกษาเพื่อสุขภาพปฐมภูมิจึงสามารถสร้าง บุคลากรที่มีความรู้ ครอบครอง และสามารถพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพในระยะยาว (ภาพ 2)



ภาพ 2 สรุปแนวคิดการพัฒนารูปแบบระบบการศึกษาเพื่อเป้าหมายที่ยั่งยืนด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ

รายการอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). นโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและการผลิตบุคลากรสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2567–2571. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะรัฐมนตรี. (2567). มติคณะรัฐมนตรี เรื่อง โครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัว ตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วประเทศ (๙ หมอ). กรุงเทพมหานคร: สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.
- ประกาศสถาบันพระบรมราชชนก. (2568). นโยบายการขับเคลื่อนสถาบันพระบรมราชชนกสู่ World-Class University for Primary Care. ประกาศ ณ วันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2568. ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 142 ตอนพิเศษ 216 ง, หน้า 14.
- พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562. (2562). ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 136 ตอนที่ 28 ก, 22 เมษายน 2562.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2564). คู่มือหลักสูตรนิติศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ และรัฐศาสตร์. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2563). รายงานประจำปี 2563: การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและชุมชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2563). รายงานประจำปี 2563: การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2566). รายงานประจำปี 2566 สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2566). รายงานประจำปี 2566 สถาบันพระบรมราชชนก. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2567). ยุทธศาสตร์การพัฒนาศึกษาด้านสุขภาพเพื่อความยั่งยืน พ.ศ. 2567–2571. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2567). นโยบายและแนวทางการจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional Education: IPE). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2568). ประกาศสถาบันพระบรมราชชนก เรื่อง นโยบายการขับเคลื่อนสถาบันพระบรมราชชนกสู่ World-Class University for Primary Care. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561–2580): ด้านสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานอธิการบดี สถาบันพระบรมราชชนก. (2567). โครงสร้างการบริหารและหน่วยงานในสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานอธิการบดี สถาบันพระบรมราชชนก. (2567). รายงานผลการนิเทศงานและติดตามผลการดำเนินงานของเขตการศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก ประจำปีงบประมาณ 2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- วิชัย เทียนถาวร. (2566). ปิงปองจรรยาจริย 7 สี: แนวคิดเพื่อสุขภาวะและการพัฒนาบุคลากรสุขภาพในศตวรรษที่ 21. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก.
- วิชัย เทียนถาวร. (2566). ปิงปองจรรยาจริย 7 สี: ศาสตร์และศิลป์แห่งการพัฒนามนุษย์ในระบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก.

- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. (2017). *Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption, and Evidence* (2nd ed.). Blackwell Publishing.
- Darwin, C. R. (1859). *On The Origin of Species by Means of Natural Selection*. London: John Murray.
- Griffiths, A. J. F., Wessler, S. R., Carroll, S. B., & Doebley, J. (2020). *Introduction to Genetic Analysis* (12th ed.). W. H. Freeman and Company.
- Pierce, B. A. (2017). *Genetics: A Conceptual Approach* (6th ed.). W. H. Freeman and Company.
- United Nations. (2015). *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. United Nations. Retrieved January 10, 2025 from <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. WHO Press.
- World Health Organization. (2020). *Primary Health Care on The Road to Universal Health Coverage: 2019 Monitoring Report*. Geneva: WHO.

การโค้ช: แนวคิด ประโยชน์ และการส่งเสริมการโค้ชในองค์กรพยาบาล Coaching: Concepts, Benefits, and the Promotion of Coaching in Nursing Organizations

ณัฐวัตร วงศ์จันทร์^{1*}, ศรัณยา พิมลเกตุกุล¹, พรพิมิยะ จินดาวลัณ¹
Natthawat Wongchan^{1*}, Saranya Pimolkatekul¹, Primpiriya Jindawan¹
¹คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
¹Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

(Received: May 13, 2025; Revised: October 2, 2025; Accepted: October 3, 2025)

บทคัดย่อ

ในยุคของการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของระบบบริการสุขภาพ องค์กรพยาบาลจำเป็นต้องมีเครื่องมือในการสนับสนุนการขับเคลื่อนบุคลากรสู่ความเป็นเลิศ การโค้ช เปรียบเสมือนกุญแจที่สามารถปลดล็อกศักยภาพของพยาบาล เสริมสร้างภาวะผู้นำ และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวคิดของการโค้ช อธิบายประโยชน์ของการโค้ชในวิชาชีพพยาบาล ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาทางการพยาบาล การพัฒนาผู้นำทางการพยาบาล และการเตรียมพยาบาลใหม่ รวมไปถึงนำเสนอแนวทางการส่งเสริมการโค้ชในองค์กรพยาบาล เพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการผลักดันให้บุคลากรทางการพยาบาลเกิดการพัฒนาศักยภาพอย่างรอบด้าน ส่งเสริมความยืดหยุ่นผู้กพันต่อองค์กร สนับสนุนการธำรงรักษาพยาบาล ตลอดจนยกระดับวิชาชีพพยาบาลให้สามารถปรับตัวและก้าวทันการเปลี่ยนแปลงของยุคสมัยได้อย่างมั่นคง

คำสำคัญ: การโค้ช พยาบาล

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: natthawat.wongc@gmail.com)

Abstract

In the era of rapid transformation in healthcare service systems, nursing organizations require effective tools to drive personnel toward excellence. The coaching approach, although unscientific, may serve as a mean to develop nurses' potential, strengthen their leadership, and therefore enhance the quality of patient care. This article aims to present the concept of coaching and describe its benefits within the nursing profession, including its applications in nursing practice, nursing education, leadership development, and the preparation of novice nurses. In addition, it proposes strategies for promoting coaching within nursing organizations, encouraging nurse administrators to choose coaching as a tool develop nursing competencies, foster organizational commitment, support nurse retention, and ultimately advance the nursing profession to adapt confidently to ongoing changes in the modern healthcare context.

Keywords: Coaching, Nurses

บทนำ

วิชาชีพพยาบาลเป็นหนึ่งในวิชาชีพหลักที่มีบทบาทสำคัญต่อระบบสุขภาพ มีการคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2050 ระบบสุขภาพทั่วโลกจะเผชิญปัญหาต่าง ๆ มากขึ้น ทั้งประชากรที่เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่คาดว่าจะสูงถึง 38 ล้านคนต่อปี การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุซึ่งจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 22 ของประชากรโลก (World Health Organization [WHO], 2016) และในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ผ่านมานี้ ได้ผลักดันให้สถาบันการศึกษาพยาบาลปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์ ซึ่งส่งผลต่อทักษะการปฏิบัติการพยาบาล และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว พยาบาลรับรู้ว่ามีศักยภาพเพียงพอที่จะปฏิบัติภารกิจ (Merino-Godoy, Teixeira da Costa, Salas, Lara, Bernal, Domínguez, et al., 2024) อีกทั้งยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพดิจิทัลที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในการทำงาน (Livesay, Petersen, Walter, Zhao, Butler-Henderson, Abdolkhani, 2023) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ระบบสุขภาพมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น ส่งผลให้บทบาทของพยาบาลมีความหลากหลายมากขึ้น ดังนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลต้องพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการให้ตอบสนองต่อความต้องการของสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาพยาบาลให้มีความศักยภาพก้าวหน้าต่อการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีรากฐานของระบบการสนับสนุนที่เข้มแข็งและได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในอดีตระบบพี่เลี้ยงเป็นกระบวนการที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย แต่ในปัจจุบัน องค์กรพยาบาลทั่วโลกได้เริ่มนำการโค้ชเข้ามาใช้ในการพัฒนาพยาบาลมากขึ้น การโค้ชและระบบพี่เลี้ยงมีความแตกต่างกัน ซึ่งการโค้ชเป็นกระบวนการความร่วมมือระยะสั้น ช่วยให้พยาบาลพัฒนาทักษะเฉพาะ เช่น ภาวะผู้นำ การพัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน หรือการปรับปรุงกระบวนการทำงาน ในขณะที่ระบบพี่เลี้ยงเป็นกระบวนการระยะยาว โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์จะให้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า มีการถ่ายทอดความรู้ และส่งเสริมการพัฒนาอาชีพแบบองค์รวม (Richardson, Wicking, Biedermann, Langtree, 2023) การโค้ชมีรากฐานมาจากศาสตร์หลากหลายแขนง คำว่า “โค้ช” (Coaching) มีที่มาจาก “kocsi” ในภาษาฮังการี ซึ่งหมายถึง “รถม้า” ใช้ขนส่งคนเพื่อให้ไปถึงที่หมายอย่างรวดเร็ว ต่อมาในศตวรรษที่ 19 คำนี้ถูกนำมาใช้ในบริบททางการศึกษา ใช้เพื่อเรียก “ผู้สอน” ที่มีบทบาทในการช่วยเหลือนักศึกษาให้ก้าวข้ามจากจุดที่เป็นอยู่ไปสู่เป้าหมายทางการเรียนที่มุ่งหวัง (Clutterbuck, Turner, 2017)

การโค้ชเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ระหว่างผู้ทำการโค้ชและผู้รับการโค้ช โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นกระบวนการคิด ส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง ตลอดจนสนับสนุนให้บุคคลสามารถดึงศักยภาพของตนเองมาใช้ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งมักดำเนินการภายใต้ระยะเวลาที่กำหนดไว้ (Richardson, Wicking,

Biedermann, Langtree, 2023) การโค้ชมีโครงสร้างหรือขั้นตอนที่ชัดเจน สามารถประเมินผลได้ ทำให้กระบวนการโค้ชนำพาให้ผู้รับการโค้ชบรรลุวัตถุประสงค์ในการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การโค้ชในวิชาชีพการพยาบาลสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการพัฒนาและบริบทของการทำงานจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การโค้ชถูกนำไปใช้เป็นกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลหลากหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกของพยาบาล เช่น การจัดการความเจ็บปวด (สุทินา วงศ์ฉายา, จิณู แก้วกล้า, 2566) การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (เพชรภู แอชตัน, นิตรา ซาญชัยเดชาชัย, พิชญดา โลสุพิมาน, สุภาพร หงษ์ทอง, 2565) และการวางแผนจำหน่าย (Rahayu, Hartiti, Rofi'i, 2016) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีรูปแบบการโค้ชที่ส่งเสริมการสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างทีม นำไปสู่การเรียนรู้งานที่ถูกต้อง ลดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงาน ลดระยะเวลาการเรียนรู้งานใหม่ ดังเช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชแบบเพื่อนช่วยเพื่อนต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน (พัชรินทร์ สุนันตะ, พัชรภรณ์ อารีย์, เพชรน้อย สิงห์ชัย, 2564) อีกทั้งยังมีการสนับสนุนการวางแผนสืบทอดตำแหน่ง มุ่งเน้นการพัฒนาภาวะผู้นำเพื่อเตรียมบุคลากรให้มีคุณสมบัติเหมาะสม และสามารถสืบทอดตำแหน่งผู้นำทางการพยาบาลในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Sherrer, Rezanian, 2020)

จะเห็นได้ว่า การโค้ชเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในยุคการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในปัจจุบัน การนำกระบวนการโค้ชมาบูรณาการเข้ากับวิชาชีพพยาบาลจึงไม่เพียงแต่ช่วยยกระดับการปฏิบัติงานของพยาบาลเท่านั้น แต่ยังเป็นกลไกที่ส่งเสริมการพัฒนาพยาบาลในมิติต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแนวคิดเกี่ยวกับการโค้ช ประโยชน์ของการโค้ชในวิชาชีพพยาบาล รวมไปถึงการเสนอแนวทางในการส่งเสริมการโค้ชในองค์กรพยาบาล เพื่อยกระดับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรสุขภาพอย่างยั่งยืน

แนวคิดการโค้ช

ความหมายของการโค้ช

การโค้ช (Coaching) หรือในภาษาไทยมักใช้คำว่า “การนิเทศแบบสอนแนะ” เป็นกระบวนการที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือ ผู้ทำการโค้ช (The Coach) และผู้รับการโค้ช (Coachee) ซึ่งโดยทั่วไปมักเป็นการเรียนรู้แบบตัวต่อตัวในช่วงเวลาสั้น ๆ ทำให้เกิดความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่จำเป็นต่อการทำงาน (Sarroeira, Cunha, Simões, 2020)

การโค้ชมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของบุคคล ช่วยส่งเสริมให้ผู้รับการโค้ชเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง กระตุ้นให้เกิดแรงบันดาลใจในการสร้างแนวคิดใหม่ ๆ และมีความคิดสร้างสรรค์ อันเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนาตนเอง และการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ (Cable, Graham, 2018) โดยอาศัยการสื่อสารเชิงบวก การให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างสร้างสรรค์ เพื่อส่งเสริมทัศนคติที่เอื้อต่อการเรียนรู้ และสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้รับการโค้ช การโค้ชดำเนินการภายใต้แนวคิดที่เชื่อว่าผู้รับการโค้ชมีศักยภาพในตนเอง โดยผู้ทำการโค้ชมีบทบาทในการสนับสนุนและเสริมสร้างกระบวนการคิด เพื่อช่วยให้ผู้รับการโค้ชค้นพบแนวทางในการแก้ไขปัญหา และกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่เหมาะสมด้วยตนเอง (Lee, Han, Jung, 2024) นอกจากนี้ กระบวนการโค้ชยังมีลักษณะยืดหยุ่นสูง จึงสามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อ และศักยภาพภายในของบุคคลนั้นอย่างแท้จริง ส่งผลให้ผู้รับการโค้ชสามารถรับมือกับความท้าทายที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมการทำงานได้เป็นอย่างดี (International Coaching Federation [ICF], 2021)

รูปแบบการโค้ชที่ใช้ในพยาบาล

สำหรับวิชาชีพพยาบาล การโค้ชได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาด้านต่าง ๆ เช่น การสร้างทีม ความก้าวหน้าในอาชีพ และการบริหารการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น (Lee, Han, Jung, 2024) นอกจากนี้ยังใช้ในการพัฒนาผู้นำทางการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการสร้างภาวะผู้นำ การฝึกการไตร่ตรอง การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงาน ในขณะที่บริบททางคลินิก การโค้ชใช้เพื่อสนับสนุนพยาบาล

ในการเรียนรู้ การนำทักษะใหม่ไปใช้ในการปฏิบัติงาน การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และยังสร้างแรงบันดาลใจช่วยให้พยาบาลมีเป้าหมายอาชีพของตนเองอย่างชัดเจน (ชญานิษฐ์ สลิมนิ, ปริณภา ชูรัตน์, อริยา คูหา, ฐปรัตน์ รักภานุสิทธิ์, 2023) อีกทั้งยังช่วยในการพัฒนาทักษะการสื่อสารในการทำงาน (Douglas, MacPherson, 2021) ส่งเสริมการปฏิบัติทางการพยาบาล และส่งเสริมวัฒนธรรมการทำงานเชิงบวก (Ali, Islam, Ali, Raza, Kabir, 2021) โดยในทางปฏิบัติ การโค้ชสามารถจำแนกออกได้หลายรูปแบบ จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้เขียนขอเสนอรูปแบบการโค้ชที่ใช้ในวิชาชีพพยาบาล 5 รูปแบบ ดังนี้

1. การโค้ชสุขภาพ (Health Coaching) คือ การโค้ชที่ผู้รับการโค้ชมักเป็นผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ โดยใช้การสื่อสารที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายในการป้องกันการเจ็บป่วย และลดผลกระทบของภาวะเรื้อรังต่าง ๆ (Barr, Tsai, 2021)

2. การโค้ชแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Coaching) คือ การโค้ชที่พยาบาลผู้มีประสบการณ์ทำหน้าที่เป็นผู้ทำการโค้ชให้แก่เพื่อนร่วมวิชาชีพ มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะที่มีอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่ รวมไปถึงแก้ไขปัญหาการปฏิบัติการพยาบาล เปิดโอกาสให้มีการพูดคุยเกี่ยวกับความก้าวหน้า และเป้าหมายทางอาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มพยาบาลใหม่ที่ต้องการการสนับสนุนอย่างใกล้ชิด การโค้ชในลักษณะนี้จึงมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างทักษะ ความมั่นใจ และความสามารถในการปรับตัวเข้าสู่ระบบงาน และวัฒนธรรมองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พัชรินทร์ สุนันตะ, พัชรารณ อารีย์, เพชรนอย สิงหาชัย, 2564; Fisher, Ainsworth, Thomson, Matthan, Nadarajah, Vishna Devi, Steinert, 2025; Taie, 2018)

3. การโค้ชทางคลินิก (Clinical Coaching) คือ การโค้ชที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะทางคลินิกและการปฏิบัติการพยาบาลในประเด็นสำคัญ เช่น การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา หัตถการทางการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล การประเมินผู้ป่วย และการส่งต่อการรักษา เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย และมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ (Thompson, Lin, Faithfull-Byrne, Gonzalez, Naumann, Geisler, et al., 2021) นอกจากนี้ การโค้ชทางคลินิกยังเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ และส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) (Faithfull-Byrne, Thompson, Schafer, Elks, Jaspers, Welch, et al., 2017)

4. การโค้ชแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional Coaching) คือ การโค้ชที่มีเป้าหมายคือการส่งเสริมการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ การปรับปรุงและพัฒนาทีม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ส่งเสริมการพัฒนาทักษะทางวิชาชีพ เช่น การสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพ เป็นต้น (Douglas, MacPherson, 2021; Lee, Hendricks, LaMothe, Draucker, Wright, 2020)

5. การโค้ชเพื่อการวางแผนสืบทอดตำแหน่ง (Succession Planning Coaching) คือ การโค้ชที่นำมาใช้ ในกระบวนการวางแผนการสืบทอดตำแหน่ง และสนับสนุนการพัฒนาทางอาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยมีบทบาทในการช่วยระบุเป้าหมายทางอาชีพ กำหนดและชี้แจงเป้าหมายการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองอย่างชัดเจน ตลอดจนพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำ สนับสนุนผู้นำรุ่นใหม่ในช่วงเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทใหม่อย่างมั่นใจ (Sherrer, Rezanian, 2020)

จะเห็นได้ว่า รูปแบบการโค้ชทั้ง 5 รูปแบบนี้สะท้อนถึงความหลากหลายของการประยุกต์ใช้การโค้ชในบริบทของวิชาชีพพยาบาล โดยแต่ละรูปแบบสามารถนำไปปรับใช้ตามวัตถุประสงค์ขององค์กร และบริบทของผู้รับการโค้ช

กระบวนการโค้ช

โมเดลการโค้ชที่นิยมใช้ และได้รับการยอมรับในวงวิชาการและทางปฏิบัติ คือ โมเดลการโค้ชแบบโกรว์ (GROW Model) ซึ่งเหมาะสำหรับใช้ในพยาบาล ช่วยให้พยาบาลตระหนักรู้ในตนเอง วางแผนการพัฒนาดตนเอง และเพิ่มความรับผิดชอบต่อตนเองได้ สำหรับในประเทศไทยมีการนำโมเดลการโค้ชแบบโกรว์มาใช้อย่างแพร่หลาย ในบริบทของพยาบาล (พรทิพย์ รัตนบุรี, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, เรณูการ์ ทองคำรอด, 2566; รุ่งอรุณ เกศวหงส์, มนตรี แสงภัทราชัย, 2565; รุ่งอรุณ บุตรศรี, สมพันธ์ หิณูชีระนันท์, ปราณี มีหาญพงษ์, 2563) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Whitmore, 2017) รายละเอียดดังนี้

1. ตั้งเป้าหมาย (G: Goal) คือ การพิจารณาพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงร่วมกับผู้ทำภารกิจกำหนดเป้าหมายอย่างชัดเจน และวัดผลได้

2. วิเคราะห์สถานการณ์จริง (R: Reality) คือ การไตร่ตรองจุดแข็ง จุดอ่อน และปัจจัยที่ส่งผลต่อเป้าหมาย ใช้การตั้งคำถามกับตนเองว่า ขณะนี้เกิดอะไรขึ้นบ้าง? และได้ดำเนินการใด ๆ ไปแล้วเพื่อบรรลุเป้าหมายหรือไม่ ?

3. ค้นหาแนวทาง (O: Option) คือ การค้นหาและวิเคราะห์ทางเลือกหรือแนวทางที่เป็นไปได้ โดยการระดมสมอง และตรวจสอบความคิดเห็นจากทีม เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือก

4. ลงมือปฏิบัติตามแผน (W: Will) คือ ลงมือปฏิบัติตามแผน จัดทำแผนพัฒนารายบุคคลที่มีเป้าหมายกรอบระยะเวลา มีตัวชี้วัดความสำเร็จอย่างชัดเจน และมีการรายงานความก้าวหน้า

โดยทั่วไปกระบวนการโค้ชในพยาบาลจะเริ่มต้นด้วยการสร้างความไว้วางใจและสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ทำภารกิจและผู้รับการโค้ช จากนั้นร่วมกันวางแผนภายใต้เป้าหมายที่ชัดเจน จนนำไปสู่การนำแผนไปปฏิบัติจริง ท้ายที่สุดคือการเสริมสร้างความยั่งยืนของพฤติกรรมที่ได้รับการพัฒนา ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ GROW model ในวิชาชีพพยาบาล ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ GROW model ในพยาบาล (รุ่งอรุณ เกศวงษ์, มนตรี แสงภัทรราชย์, 2565)

GROW model	วิธีการ	ตัวอย่างคำถาม
G: Goal ตั้งเป้าหมาย	ผู้ทำภารกิจกระตุ้นให้ผู้รับการโค้ชกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการสนทนา ทั้งด้านความรู้และด้านการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้คำถามเชิงกระตุ้นเพื่อให้ผู้รับการโค้ชสามารถระบุประเด็นที่ชัดเจนและกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างมีเป้าหมาย	- คุณมีเป้าหมายอะไรในการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องทำให้สำเร็จ - เป้าหมายมีความสำคัญกับคุณอย่างไร - หากบรรลุเป้าหมาย จะเกิดประโยชน์อะไรบ้าง
R: Reality วิเคราะห์สถานการณ์จริง	ผู้ทำภารกิจช่วยสะท้อนให้ผู้รับการโค้ชตระหนักถึงสภาพปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในประเด็นที่สนใจ รวมถึงการทบทวนข้อเท็จจริงที่ผ่านมาโดยมากจะใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้รับการโค้ชเข้าใจความเป็นจริง และเพื่อให้ผู้ทำภารกิจสามารถประเมินระดับความเข้าใจของผู้รับการโค้ชได้	- ปัจจุบันการรายงานความเสี่ยงเป็นอย่างไร เช่น รายงานไม่ครบถ้วนหรือไม่เป็นปัจจุบัน - การประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดในปัจจุบันเป็นอย่างไร - มีแนวทางการปฏิบัติอย่างไรเมื่อเกิดอุบัติการณ์เข็มทิ่มตำหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา
O: Option ค้นหาแนวทาง	ผู้ทำภารกิจและผู้รับการโค้ชร่วมกันพิจารณาทางเลือกที่เป็นไปได้ โดยผู้โค้ชจะกระตุ้นให้ผู้รับการโค้ชได้ทบทวนข้อเท็จจริง วิเคราะห์ และพิจารณาว่าตนเองสามารถเลือกทำหรือไม่ทำสิ่งใดเพื่อให้ได้แนวทางแก้ไขที่เหมาะสมที่สุด	- คุณมีการวางแผนงานอย่างไรเพื่อบรรลุเป้าหมาย - มีวิธีการใดบ้างที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย - จะมีสิ่งใดเพิ่มเติมที่ช่วยให้การประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมบูรณ์มากขึ้น
W: Wrap up การสรุปร่วมกัน	หลังจากได้ทางเลือกที่ดีที่สุดแล้ว ผู้ทำภารกิจจะใช้คำถามเพื่อให้ผู้รับการโค้ชสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนา พร้อมทั้งกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้รับการโค้ชคิด วิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสม รวมถึงสะท้อนข้อเสนอแนะที่ได้รับ	- คุณช่วยสรุปสิ่งที่จะนำไปปฏิบัติว่ามีอะไรบ้าง - คุณมั่นใจกับแนวทางที่เลือกมากน้อยเพียงใด - คุณจะลงมือปฏิบัติอย่างไร - จะเริ่มและสิ้นสุดเมื่อใด - คุณต้องการให้พี่ช่วยอะไรบ้าง เพื่อให้การประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดถูกต้องและครบถ้วน

จะเห็นได้ว่า การประยุกต์ใช้ GROW model ในวิชาชีพพยาบาล ช่วยให้การสนทนาและการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลดำเนินไปอย่างมีทิศทางและเป็นระบบ ซึ่งล้วนต้องอาศัยทักษะสำคัญของผู้ทำภารกิจ เพื่อให้ผู้รับ

การโค้ชเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างยั่งยืน Mbokota, Myres (2024) ได้ระบุทักษะ 7 ประการที่ใช้ในกระบวนการโค้ช ดังนี้

1. ทักษะการสร้างความไว้วางใจ (Establishing Trust and Intimacy) การสร้างความไว้วางใจถือเป็นทักษะประการแรกสำหรับผู้ทำการโค้ชจำเป็นต้องมี เนื่องจากจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจ ส่งเสริมบรรยากาศการทำงานร่วมกัน และเอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
2. ทักษะปฏิสัมพันธ์ระหว่างโค้ช (Coaching Presence) ผู้ทำการโค้ชต้องสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเอง พร้อมสร้างบรรยากาศที่เปิดกว้างและยืดหยุ่น เพื่อให้ผู้รับการโค้ชแสดงออกได้อย่างอิสระ นอกจากนี้ ผู้ทำการโค้ชควรรับรู้ และตอบสนองต่ออารมณ์ของผู้รับการโค้ชอย่างเหมาะสม
3. ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) ผู้ทำการโค้ชต้องรับฟังอย่างตั้งใจทั้งคำพูด สีหน้า ท่าทาง และอารมณ์ของผู้รับการโค้ช รวมถึงการทวนหรือถอดความสิ่งที่เข้าใจ เพื่อสะท้อนความคิดและพฤติกรรมของผู้รับการโค้ชอย่างสร้างสรรค์ ทักษะนี้ช่วยให้เข้าใจมุมมองของผู้รับการโค้ช และสามารถให้ข้อเสนอแนะที่ตรงประเด็น
4. ทักษะการสร้างการตระหนักรู้ (Creating Awareness) ผู้ทำการโค้ชรวบรวมและประเมินข้อมูล เพื่อสะท้อนให้ผู้รับการโค้ชเห็นจุดแข็ง ข้อจำกัด หรือสิ่งที่ยังไม่บรรลุผล กระบวนการนี้เสริมจากการฟังอย่างตั้งใจ ทำให้ผู้รับการโค้ชตระหนักว่าอะไรได้ผลและไม่ได้ผล ส่งต่อการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. ทักษะการตั้งคำถามเชิงสร้างสรรค์ (Powerful Questioning) ผู้ทำการโค้ชควรตั้งคำถามเพื่อช่วยให้ผู้รับการโค้ชค้นหาวិธีแก้ไขปัญหาของตนเอง คำถามอาจเป็นแบบปลายเปิดหรือปิด รวมถึงคำถามสะท้อนคิด ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการโค้ชเปิดเผยกรอบความคิด กระตุ้นให้ผู้รับการโค้ชเกิดความอยากรู้เปลี่ยนแปลง มุ่งมั่นกับเป้าหมายมากขึ้น
6. ทักษะการสื่อสารโดยตรง (Direct Communication) ผู้ทำการโค้ชควรสื่อสารอย่างชัดเจน ตรงไปตรงมา ปราศจากความหมายแฝงหรือความซับซ้อน เพื่อสร้างความชัดเจน ลดความเข้าใจผิด ทักษะนี้ใช้ควบคู่กับการให้ข้อเสนอแนะ การตั้งคำถามเชิงสร้างสรรค์ และการสะท้อนคิด
7. ทักษะการออกแบบการปฏิบัติ (Designing Actions) ผู้ทำการโค้ชสร้างโอกาสให้ผู้รับการโค้ชนำสิ่งที่เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ภายนอกช่วงการโค้ช ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการโค้ชบูรณาการความรู้และเพิ่มโอกาสในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ทักษะนี้ยังรวมถึงการติดตาม และทำให้ผู้รับการโค้ชรับผิดชอบต่อเป้าหมายของตนเอง

ประโยชน์ของการโค้ชในวิชาชีพพยาบาล

ความสำคัญของการโค้ชที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาลในด้านต่าง ๆ มีดังนี้

1. การปฏิบัติการพยาบาล การโค้ชมีบทบาทในการส่งเสริมทักษะ ความรู้ และการถ่ายทอดการเรียนรู้สู่การปฏิบัติ ผู้ทำการโค้ชจะใช้กระบวนการสนับสนุนให้ผู้รับการโค้ชได้ทบทวนทักษะ และผลลัพธ์การทำงานของตนเอง ซึ่งส่งผลให้พยาบาลเกิดความมั่นใจ พัฒนาการคิดวิเคราะห์ ประยุกต์ใช้ทักษะทางคลินิกได้อย่างเหมาะสม และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Douglas, MacPherson, 2021) นอกจากนี้ การโค้ชในวิชาชีพพยาบาลยังมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ช่วยให้พยาบาลสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในการปฏิบัติงานได้อย่างตรงจุด (Lee, Han, Jung, 2024) อีกทั้งยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและแพทย์ โดยเฉพาะการเสริมสร้างมุมมองใหม่เกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมผ่านการสื่อสารแบบเปิด ซึ่งช่วยให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (Yusuf, Kumar, Goodson-Celerin, Lund, Davis, Kutash, et al., 2018) ดังเช่น การศึกษาของ สุทินา วงศ์ฉายา, จิณญ แก้วกล้า (2566) ที่ศึกษาผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเจ็บปวดและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพหลังได้รับการโค้ชมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดมากกว่าก่อนรับการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ เพชรภูษา แอชตัน, นิตรา ชาญชัยเดชชัย, พิษณุดา โล่ห์พินาน, สุภาพร หงษ์ทอง (2565) ที่ศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ชเพื่อส่งเสริมความสามารถพยาบาล

ห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นต้น

2. การศึกษาทางการพยาบาล ในต่างประเทศ มีการนำแนวคิดการโค้ชพยาบาล (Nurse Coaching) มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลเพื่อสนับสนุนสุขภาวะของนักศึกษา ซึ่งมักเผชิญกับความเครียด และความเหนื่อยหน่ายอันเกิดจากการเรียนที่เข้มงวด ภาวะเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความผาสุก การเรียนรู้ และนำไปสู่การลาออกจากการเรียนในที่สุด อาจารย์ผู้ทำหน้าที่เป็นโค้ชจึงมีบทบาทในการสนับสนุนโดยใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย เช่น การส่งเสริมความผาสุก การสร้างสมดุลระหว่างการเรียน การทำงาน และชีวิตส่วนตัว รวมถึงการจัดการความเครียด และเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Srivali Teal, Vaughn, Fortes, 2023) นอกจากนี้ ยังมีการใช้กระบวนการโค้ชในการเรียนรู้ทางคลินิก ตัวอย่างเช่น โครงการ Collaborative Learning in Practice (CLiP) ซึ่งเป็นการโค้ชที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยจัดนักศึกษาพยาบาลหนึ่งคนต่อหนึ่งหอผู้ป่วย และมอบหมายให้พยาบาลประจำหน่วยงานทำหน้าที่เป็นโค้ชที่ส่งเสริมให้นักศึกษาประเมินตนเองในด้านทักษะทางคลินิก การคิดวิเคราะห์ สภาวะผู้ป่วย และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ผลการดำเนินโครงการพบว่า นักศึกษามีความมั่นใจเพิ่มขึ้น มีความรู้จากการปฏิบัติจริง และตระหนักรู้จุดแข็งจุดอ่อนของตนเอง (Huggins, 2016) ในขณะที่ประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาของ ธัญพร ชื่นกลิ่น, วัชร เล่าเรียนดี (2555) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ของอาจารย์พยาบาลที่ส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากกระบวนการโค้ชช่วยพัฒนาการจัดการเรียนการสอน ทั้งการให้ความรู้ผ่านการบรรยาย การเปิดโอกาสให้ฝึกปฏิบัติ การให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม รวมถึงการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง และการศึกษาของ ชญาณิน สลิมิน, ปรีณา ชูรัตน์, อริยา คูหา, ฐปรัตน์ รักษภานุสิทธิ์. (2567) ที่ศึกษาผลของการโค้ชจิตวิทยาเชิงบวกต่อศักยภาพการดูแลใจตนและทุนจิตวิทยาเชิงบวกของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลสามารถพัฒนาศักยภาพด้านการตระหนักรู้ตนเอง การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารเวลา และการเห็นคุณค่าของการสนับสนุนจากคนรอบตัว

3. การพัฒนาผู้นำทางการพยาบาล การโค้ชถือเป็นหนึ่งในแนวทางในการพัฒนาผู้นำทางการพยาบาล เนื่องจากสนับสนุนให้พยาบาลสามารถก้าวสู่บทบาทผู้นำในระดับที่สูงขึ้นได้อย่างมั่นคง และพัฒนาทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับความสำเร็จในบทบาทความเป็นผู้นำ ไม่ว่าจะเป็นการบริหารงาน การจัดการทีม การเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหา การพัฒนาภาวะผู้นำรูปแบบต่าง ๆ และชี้ให้เห็นความก้าวหน้าในอนาคตของตนอย่างชัดเจน (Hu, Chen, Hu, Huang, Chen, Hu, 2022) ในปัจจุบันมีโปรแกรมการโค้ชเพื่อพัฒนาผู้นำทางการพยาบาล ตัวอย่างเช่น สหพันธ์พยาบาลแห่งชาติ (National League for Nursing: NLN) ที่ใช้ NLN LEAD program ในการพัฒนาศักยภาพทางวิชาชีพ และไหวพริบด้านความเป็นผู้นำด้านวิชาการของผู้นำทางการพยาบาล เป็นต้น (Patterson, Brewington, Krouse, Hall, 2022) และนอกจากการพัฒนาผู้นำทางการพยาบาลผ่านกระบวนการโค้ชแล้ว ผู้นำทางการพยาบาลก็ควรมีทักษะการโค้ชด้วยเช่นกัน ในบริบทประเทศไทย มักพบการพัฒนาทักษะการโค้ชในผู้นำทางการพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน มีการจัดอบรมการเป็นผู้ทำการโค้ช เพื่อนำมาใช้สำหรับการพัฒนาบุคลากรในองค์กรต่อไป (รุ่งอรุณ เกศวงษ์, มนตรี แสงภัทรชัย, 2565)

4. การเตรียมพยาบาลใหม่ การเตรียมความพร้อมพยาบาลใหม่เป็นกระบวนการในช่วงเริ่มต้นวิชาชีพ ในปัจจุบันมีการประยุกต์ใช้การโค้ชร่วมกับโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะสำหรับพยาบาลใหม่ ซึ่งเมื่อไม่นานมานี้ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยได้มีการเผยแพร่รูปแบบการโค้ช และการประเมินพยาบาลใหม่ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Kerns, Wedgeworth, 2025) การโค้ชช่วยเสริมศักยภาพให้พยาบาลใหม่สามารถรับมือกับความเครียด และความไม่แน่นอนในช่วงเริ่มต้นวิชาชีพ ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และความเหนื่อยหน่ายจากการทำงาน การได้ฝึกฝนทักษะร่วมกับผู้โค้ชที่มีประสบการณ์ พยาบาลใหม่จะได้รับรับรองความรู้อย่างลึกซึ้ง เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และคำแนะนำในการวางแผนพัฒนาตนเองในสายอาชีพ อีกทั้งยังส่งเสริมการปรับตัวต่อบทบาทใหม่ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง

ขององค์กร และมีแรงจูงใจในการทำงาน (Bell, 2024) อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ ให้สูงขึ้นได้ (พรทิพย์ รัตนบุรี, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, เรณูการ์ ทองคำรอด, 2566; ไพเราะ พอนุย, ปรัชญานันท เทียงจรรยา, ศศิธร ลายเมฆ, 2565) ดังนั้น การเตรียมความพร้อมพยาบาลใหม่ผ่านการโค้ชจึงมีไม่เพียงการปูพื้นฐาน ให้สามารถปฏิบัติงานได้เท่านั้น แต่ยังเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการพัฒนาพยาบาล ช่วยให้พยาบาลใหม่ตระหนักถึง บทบาท และคุณค่าในวิชาชีพ นำไปสู่การดำรงรักษาพยาบาลไว้ในระบบ ตลอดจนสร้างผู้นำทางการพยาบาลรุ่นใหม่ ที่พร้อมขับเคลื่อนวิชาชีพในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมการโค้ชในองค์กรพยาบาล

ด้านนโยบาย และวัฒนธรรมองค์กร

การส่งเสริมการโค้ชในองค์กรพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยแนวทางและวิธีการที่ครอบคลุมทั้งด้านนโยบาย การบริหารจัดการ และการปฏิบัติจริงในหน้างาน โดยเริ่มจากการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการนำกระบวนการโค้ช มาใช้ ผ่านการสร้างความตระหนักรู้ให้ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับเห็นถึงคุณค่า และประโยชน์ของการโค้ช โรงพยาบาลควรจัดอบรมเพื่อพัฒนาทักษะและแนวทางการโค้ชในพยาบาล และผลักดันให้การโค้ชเป็นกลยุทธ์หลัก ที่ถูกบรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ หรือกำหนดเป็นแผนพัฒนารายบุคคล เพื่อใช้ในการพัฒนาศักยภาพพยาบาล นอกจากนี้ ควรกำหนดงบประมาณเฉพาะสำหรับกิจกรรมการโค้ชโดยตรง อีกทั้งยังควรมีการจัดทำแนวปฏิบัติ ที่ชัดเจนเกี่ยวกับการโค้ช กำหนดเวลา พื้นที่ และโอกาสสำหรับกิจกรรมการโค้ชให้แก่พยาบาล บุคลากรการโค้ช เข้ากับกระบวนการปฏิบัติงาน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้ และสร้างวัฒนธรรมการโค้ช อย่างยั่งยืนภายในองค์กร (ICF, 2025) การส่งเสริมการโค้ชในองค์กรพยาบาล โดยเฉพาะในบริบทของการนิเทศงาน การพยาบาล ยังสามารถดำเนินการควบคู่กับระบบที่เลี้ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการโค้ชจะทำหน้าที่ช่วยให้ พยาบาลสามารถระบุจุดแข็ง จุดอ่อน รวมถึงประเด็นที่ต้องการการพัฒนา ส่วนระบบที่เลี้ยงจะมีบทบาทในการให้ แนวทาง คำแนะนำ และแบ่งปันองค์ความรู้จากประสบการณ์จริง ซึ่งเมื่อนำทั้งสองกระบวนการมาประยุกต์ใช้ร่วมกัน จะส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Bell, 2024)

ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

การพัฒนาทักษะของพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้ทำการโค้ชถือเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่ง ที่โรงพยาบาลควรให้ความสำคัญ ซึ่งปัจจุบันพบว่าการจัดอบรมเพื่อพัฒนาทักษะของผู้ทำการโค้ชส่วนใหญ่มักจำกัดอยู่ ในโรงพยาบาลเอกชน (รุ่งอรุณ เกศวงษ์, มนตรี แสงภัทรราชย์, 2565) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่องค์กร ภาครัฐต้องเร่งดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาผู้ทำการโค้ชในลักษณะเดียวกัน ทั้งนี้ การโค้ชในวิชาชีพ พยาบาลควรใช้กระบวนการที่มีความจำเพาะต่อบริบทของงานพยาบาลโดยตรง เพื่อให้การพัฒนาศักยภาพของผู้ทำ การโค้ชเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Lee, Han, Jung, 2024) การที่โรงพยาบาลให้การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ ผู้ทำการโค้ช ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำการโค้ชไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริง อีกทั้ง ยังกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่จะนำความรู้ไปใช้อย่างจริงจัง มีเป้าหมาย และมุ่งหวังผลลัพธ์ที่เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงาน และวิชาชีพ นอกจากนี้ หากหน่วยงานมีความขัดแย้งภายใน หรือมีอิทธิพลจากโครงสร้างการบังคับบัญชา ซึ่งอาจเป็น อุปสรรคต่อการสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้รับการโค้ชกับผู้ทำการโค้ช การมีโค้ชจากภายนอกสามารถช่วยให้ผู้รับ การโค้ชรู้สึกปลอดภัยและกล้าที่จะแบ่งปันความรู้สึก ความวิตกกังวล หรือประเด็นที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนาตนเอง โดยไม่รู้สึกรู้สึกถูกประเมินหรือกังวลเรื่องผลกระทบเกี่ยวกับงาน อีกทั้งผู้ทำการโค้ชจากภายนอกองค์กรมีประสิทธิภาพ ในการส่งเสริมบรรยากาศที่เป็นกลาง เปิดโอกาสให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ช่วยกระตุ้นการพัฒนาแนวทางใหม่ ในการปฏิบัติงาน และพัฒนาภาวะผู้นำ (Richardson, Wicking, Biedermann, Langtree, 2023)

การส่งเสริมการโค้ชในองค์กรพยาบาลเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ต้องอาศัยการสนับสนุนจากระดับนโยบาย สู่การปฏิบัติจริง โดยต้องพัฒนาองค์ประกอบทั้งในด้านวัฒนธรรมองค์กร โครงสร้างสนับสนุน และการสร้างสมรรถนะ ของผู้ทำการโค้ช เพื่อผลักดันให้กระบวนการโค้ชกลายเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพพยาบาลอย่างยั่งยืนใน ระบบสุขภาพ

สรุป

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญต่อระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เทคโนโลยี และความคาดหวังของผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งล้วนส่งผลให้พยาบาลจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความท้าทายของระบบสุขภาพ หนึ่งในแนวทางที่มีประสิทธิภาพซึ่งองค์กรพยาบาลได้นำมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร คือ การโค้ชซึ่งถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในมิติต่าง ๆ รอบด้าน ทั้งการส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง รวมถึงการสนับสนุนให้บุคลากรสามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ได้อย่างสูงสุด การโค้ชยังมีรูปแบบที่หลากหลาย สามารถประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมในบริบทของวิชาชีพพยาบาล องค์กรพยาบาลจึงควรส่งเสริมการบูรณาการกระบวนการโค้ชเข้ากับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์กร เพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถของกำลังคนพยาบาล พัฒนาคุณภาพการบริการ และธำรงรักษาบุคลากรที่มีคุณค่าไว้ในองค์กรอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

แม้ว่าในปัจจุบันการประยุกต์ใช้กระบวนการโค้ชในองค์กรพยาบาลของประเทศไทยจะยังไม่แพร่หลาย แต่จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการโค้ชในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาล จึงควรมีการส่งเสริมให้องค์กรพยาบาลพิจารณานำกระบวนการโค้ชมาเป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์การพัฒนาบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการโค้ชที่ช่วยพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล โดยอาจเริ่มจากการพัฒนาผู้นำทางการพยาบาลที่มีศักยภาพในการเป็นโค้ช ให้มีความพร้อมทั้งด้านทฤษฎี กระบวนการ และทักษะการโค้ช อีกทั้งควรมีการจัดทำแนวทางการโค้ชที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กรแต่ละแห่ง ตลอดจนส่งเสริมให้มีการวิจัยเกี่ยวกับผลของการโค้ชในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อสร้างองค์ความรู้เชิงประจักษ์และพัฒนาแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับองค์กรของตนเอง อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่องค์กรพยาบาลมีความคิดริเริ่มนำกระบวนการโค้ชมาใช้ในการพัฒนาบุคลากร แต่ยังคงขาดผู้ที่มีศักยภาพหรือประสบการณ์ในการสอนการเป็นโค้ชโดยตรง สามารถพิจารณาใช้องค์กรภายนอกที่มีความเชี่ยวชาญเข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมโค้ชได้

รายการอ้างอิง

- ชญานิษฐ์ สลิมิน, ปรีณภา ชูรัตน์, อริยา คูหา, และฐปรัตน์ รักษ์ภาณุสิทธิ์. (2567). ผลของการโค้ชจิตวิทยาเชิงบวกต่อศักยภาพการดูแลใจตนและทุนจิตวิทยาเชิงบวก ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 30(1), 88–108.
- ธัญพร ชื่นกลิ่น, และวิรัช เล่าเรียนดี. (2555). การพัฒนารูปแบบการโค้ช เพื่อพัฒนาสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ของอาจารย์พยาบาล ที่ส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 4(1), 112–129.
- พรทิพย์ รัตนบุรี, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, และเรณูการ์ ทองคำรอด. (2566). ผลของโปรแกรมการโค้ชแบบไกร์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ต่อสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โรงพยาบาลทุ่งสง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 16(3), 76–91.
- พัชรินทร์ สุนันตะ, พัชรภรณ์ อาเรีย, และเพชรนอย สิงหาขงชัย. (2564). ผลของโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 15(3), 98–111.
- ไพเราะ พอนุย, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, และศศิธร ลายเมฆ. (2565). การพัฒนารูปแบบการสอนงานพยาบาลใหม่ตามแนวทางพีทีซีอีเพื่อเสริมความรอบรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(2), e257978.

- เพชรญา แอชตัน, นิตรา ชามุชัยเดชาชัย, พิษณุตา โลสุพิมาน, และสุภาพร หงษ์ทอง. (2565). ผลของการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ชเพื่อส่งเสริมความสามารถพยาบาล ห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารกองการพยาบาล*, 49(3), 44–57.
- รุ่งอรุณ เกศวงษ์, และมนตรี แสงภัทรชัย. (2565). โค้ชชิ่ง: นวัตกรรมเพื่อพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 9(1), 122–128.
- รุ่งอรุณ บุตรศรี, สมพันธ์ หิณชีระนันท์, และปราณี มีหาญพงษ์. (2563). ผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบไกรว์ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 26(2), 84–96.
- สุทินา วงศ์ฉายา, และจิณู แก้วกล้า. (2566). ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเจ็บปวดและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัดทางอโรปิติกส์. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์ทางคลินิก โรงพยาบาลแพร่*, 31(2), 34–47.
- Ali, M., Islam, T., Ali, F. H., Raza, B., & Kabir, G. (2021). Enhancing nurses well-being through managerial coaching: a mediating model. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 14(2), 143–157. doi.org/10.1108/IJHRH-10-2020-0088
- Barr, J. A., & Tsai, L. P. (2021). Health coaching provided by registered nurses described: A systematic review and narrative synthesis. *BMC Nursing*, 20(1), 1–18. doi.org/10.1186/s12912-021-00594-3
- Bell, F. (2024). *The Importance of Mentoring and Coaching in Nursing*. Retrieved April 20, 2025 from <https://www.myamericannurse.com/the-importance-of-mentoring-and-coaching-in-nursing/>
- Cable, S., & Graham, E. (2018). “Leading better care”: An evaluation of an accelerated coaching intervention for clinical nursing leadership development. *Journal of Nursing Management*, 26(5), 605–612. doi.org/10.1111/jonm.12590
- Clutterbuck, C. & Turner, T. (2017). A Brief History of Coaching and Mentoring. In A. Blackman, D. Kon, & D. Clutterbuck (Eds.), *Coaching and Mentoring in the Asia Pacific* (pp. 3–22). Routledge.
- Douglas, N. F., & MacPherson, M. K. (2021). Positive changes in certified nursing Assistants' communication behaviors with people with dementia: Feasibility of a coaching strategy. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(1), 239–252. doi.org/10.1044/2020_ajslp-20-00065
- Faithfull-Byrne, A., Thompson, L., Schafer, K. W., Elks, M., Jaspers, J., Welch, A., et al. (2017). Clinical coaches in nursing and midwifery practice: Facilitating point of care workplace learning and development. *Collegian*, 24(4), 403–410. doi.org/10.1016/j.colegn.2016.06.001
- Fisher, J., Ainsworth, A., Thomson, R., Matthan, J., Nadarajah, Vishna Devi V., et al. (2025). A guide to peer coaching for health professions educators. *The Clinical Teacher*, 22(2). 1–8. doi.org/10.1111/tct.70051
- Hu, S., Chen, W., Hu, H., Huang, W., Chen, J., & Hu, J. (2022). Coaching to develop leadership for healthcare managers: a mixed-method systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 11(1), 1–7. doi.org/10.1186/s13643-022-01946-z

- Huggins, D. (2016). Enhancing nursing students' education by coaching mentors. *Nursing Management (Harrow, London, England: 1994)*, 23(1), 30–32. doi.org/10.7748/nm.23.1.30.s28
- International Coaching Federation [ICF]. (2021). *ICF Core Competencies: The Foundation of Transformative Coaching*. Retrieved April 10, 2025, from <https://coachingfederation.org/core-competencies>
- International Coaching Federation [ICF]. (2025). *ICF Coaching Culture Research*. Retrieved April 30, 2025, from <https://coachingfederation.org/resources/research/building-a-coaching-culture/>
- Kerns, C., & Wedgeworth, M. (2025). Coaching and evaluating new graduate nurses. *American Nurse Journal*, 20(02), 06–13. doi.org/10.51256/ANJ022506
- Lee, E. A., Hendricks, S., LaMothe, J., Draucker, C. B., & Wright, L. (2020). Coaching strategies used to support interprofessional teams in 3 primary care centers. *Clinical Nurse Specialist CNS*, 34(6), 263–269. doi.org/10.1097/NUR.0000000000000557
- Lee, S. Y., Han, K. S., & Jung, M. (2024). Coaching in nursing: A concept analysis. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 33(4), 365–372. doi.org/10.12934/jkpmhn.2024.33.4.365
- Livesay, K., Petersen, S., Walter, R., Zhao, L., Butler-Henderson, K., & Abdolkhani, R. (2023). Sociotechnical challenges of digital health in nursing practice during the COVID-19 pandemic: National study. *JMIR nursing*, 6, e46819. doi.org/10.2196/46819
- Mbokota, G., & Myres, K. (2024). Coach competencies to facilitate transformative learning: A multiple case study involving public-sector executives in South Africa. *Human Resource Development International*, 1–31. doi.org/10.1080/13678868.2
- Merino-Godoy, M.-d.-L.-Á., Teixeira da Costa, E., Salas, M. G., Lara, A. P., Bernal, N. C., Domínguez, B. M., et al. (2024). Challenges in clinical training for nursing students during COVID-19: examining its effects on nurses' job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 2024, 7865540. doi.org/10.1155/2024/7865540
- Patterson, B. J., Brewington, J., Krouse, A., & Hall, M. (2022). Building academic leadership capacity through coaching. *Nursing Education Perspectives*, 43(4), 222–227. doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000981
- Rahayu, C. D., Hartiti, T., & Rofi'i, M. (2016). A review of the quality improvement in discharge planning through coaching in nursing. *Nurse Media Journal of Nursing*, 6(1), 19–29. doi.org/10.14710/nmjn.v6i1.11817
- Richardson, C., Wicking, K., Biedermann, N., & Langtree, T. (2023). Coaching in nursing: An integrative literature review. *Nursing Open*, 10(10), 6635–6649. doi.org/10.1002/nop2.1925
- Sarroeira, C., Cunha, F., & Simões, J. (2020). Coaching & nursing: A qualitative analysis of literature. *Journal of UIIPS- Research Unit of the Polytechnic Institute of Santarém*, 8, 42–56. doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19877
- Sherrer, M., & Rezania, D. (2020). A scoping review on the use and effectiveness of leadership coaching in succession planning. *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice*, 13(2), 209–219. doi.org/10.1080/17521882.2020.1758178

- Srivali Teal, J., Vaughn, S., & Fortes, K. (2023). The nurse coach's role in supporting student well-being. *Teaching and Learning in Nursing, 18*(4), 508–511. doi.org/10.1016/j.teln.2023.06.016
- Taie, E. S. (2018). Peer coaching as an innovative approach to accelerate development for Helwan intern nurse. *Journal of Nursing & Healthcare, 3*(2). 1–6. doi.org/10.33140/JNH/03/02/00003
- Thompson, L., Lin, F., Faithfull-Byrne, A., Gonzalez, J., Naumann, A., Geisler, K., et al. (2021). Clinical coaches and patient safety - Just in time: A descriptive exploratory study. *Nurse Education in Practice, 54*. 1–6. doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103134
- Whitmore, J. (2017). *Coaching for Performance. Principles and Practice of Coaching and Leadership* (5th ed.). London: Nicholas Brealey Publishing.
- World Health Organization [WHO]. (2016). *Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery*. Geneva: author.
- Yusuf, F. R., Kumar, A., Goodson-Celerin, W., Lund, T., Davis, J., Kutash, M., et al. (2018). Impact of coaching on the nurse-physician dynamic. *Advances in Critical Care, 29*(3), 259–267. doi.org/10.4037/aacna cc2018624

ภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Servant Leadership of Nursing College Administrators under the Jurisdiction
of Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

รุจา แก้วเมืองฝาง^{1*}, วรกาญจน์ สุขสดเขียว²

Ruja Kaeomaungfang^{1*}, Vorakarn Suksodkiew²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, ²คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

¹Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Faculty of Educational Silpakorn University

(Received: March 24, 2025; Revised: July 1, 2025; Accepted: August 14, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาองค์ประกอบภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 2) เพื่อยืนยันองค์ประกอบภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างของการวิจัย คือ วิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 28 วิทยาลัย กำหนดผู้ให้ข้อมูลวิทยาลัยละ 16 คน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 448 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง แบบสอบถามความคิดเห็นและแบบสอบถามเพื่อยืนยันองค์ประกอบ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่ามัชฌิมเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ผลการวิจัยพบว่า

1. องค์ประกอบภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การมีบทบาทหน้าในการจัดการศึกษาพยาบาล 2) การให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคล 3) การอุทิศตนและเสียสละ 4) การมีคุณธรรมและจริยธรรม และ 5) การมีบทบาทหน้าในการให้บริการต่อชุมชน โดยทั้ง 5 องค์ประกอบ 58 ตัวบ่งชี้สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ได้ร้อยละ 65.52 โดยมีค่าไอเกน เท่ากับ 27.00, 23.93, 9.12, 5.99 และ 5.53 ตามลำดับ

2. ผลการยืนยันองค์ประกอบภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คน มีความเห็นสอดคล้องกัน โดยมีความเห็นว่าภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 5 องค์ประกอบ มีความถูกต้องจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีความเหมาะสมจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีความเป็นไปได้จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และมีความเป็นประโยชน์ จำนวน 5 คนคิดเป็นร้อยละ 100

ดังนั้น สามารถนำองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการของผู้บริหาร เพื่อส่งผลต่อประสิทธิผลขององค์กร

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการ ผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ruja@ckr.ac.th)

Abstract

This mixed-methods research aimed to (1) examine the components of servant leadership among administrators in nursing colleges under the Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, and (2) validate these components. The study sample consisted of 28 nursing colleges affiliated with the Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health. Sixteen informants were selected from each college, yielding a total of 448 participants. Research instruments included a semi-structured interview guide, a perception questionnaire, and a confirmatory component questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and exploratory factor analysis. The findings revealed that:

1. Servant leadership among the nursing college administrators comprised five components: (1) leadership in nursing education management, (2) emphasis on individuality, (3) dedication and self-sacrifice, (4) morality and ethics, and (5) leadership in community service. Together, these five components with 58 indicators explained 65.52% of the total variance, with eigenvalues of 27.00, 23.93, 9.12, 5.99, and 5.53, respectively.

2. The results of the confirmatory analysis showed complete agreement among five experts (100%) regarding the accuracy, appropriateness, feasibility, and usefulness of the five identified components of servant leadership among the nursing college administrators.

Therefore, the identified components and indicators of servant leadership can be applied to promote servant leadership among administrators, which in turn may enhance organizational effectiveness.

Keywords: Servant Leadership, Nursing College Administrators, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้วิวัฒนาการมายาวนานกว่า 90 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2489 โดยในระยะแรกจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ระดับประกาศนียบัตร ต่อมาเมื่อความก้าวหน้าทางการศึกษาระดับอุดมศึกษาเจริญมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2520 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตร์เป็นระดับปริญญาตรี เพื่อสนองความต้องการกำลังคนด้านการพยาบาลของประเทศที่ต้องการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถให้บริการประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ (คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, 2562) ขณะเดียวกันประเทศไทยประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลกว่า 3 หมื่นคน ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทในการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการในสถานบริการสุขภาพทั้งในภาครัฐและเอกชน (สุไฮดาร์ แวเตะ, ขวลิขิต เกิดทิพย์, 2568) ประเด็นปัญหาดังกล่าวมีความสัมพันธ์และเกี่ยวเนื่องกับสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลที่ไม่สามารถตอบสนองต่อภาวะวิกฤติการขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาลได้ ด้วยการเพิ่มจำนวนการผลิตอย่างรวดเร็วตามความต้องการของประเทศ เนื่องจากสถาบันการศึกษาที่เปิดสอนหลักสูตรพยาบาลจะต้องตระหนักในความรับผิดชอบต่อสังคม โดยคำนึงถึงคุณสมบัติทั้งด้านปริมาณและด้านคุณภาพของผู้สำเร็จการศึกษา (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, มาลินี ปันดี, วิลาวัลย์ เฟื่องพานิช, 2563)

การศึกษาในระดับอุดมศึกษาจำเป็นต้องมีการปฏิรูปเพื่อให้เกิดการพัฒนาในทุกด้านทั้งด้านวิชาการ วิชาชีพ และการสร้างองค์ความรู้เพื่อพัฒนาสังคม สถาบันอุดมศึกษาจึงต้องปรับระบบการบริหารให้มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งใน ด้านบุคคล ทรัพยากร การเงินและงบประมาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องมีระบบการบริหารจัดการที่ดี เพื่อส่งผลให้องค์กรของตนเองเป็นองค์กรที่มีคุณภาพมาตรฐานและบรรลุตามวัตถุประสงค์ของสถาบันอย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาคุณภาพการศึกษามีเป้าประสงค์หลัก คือการพัฒนาคนให้มีความรู้ ความสามารถ เป็นคนเก่งและเป็นคนดี พร้อมที่จะใช้ชีวิตอย่างมีความสุขภายใต้วิถีชีวิตไทยที่สามารถแข่งขันกับคนอื่น ๆ ได้ จะต้องมีการสร้างคนที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่การสร้างสังคมการเรียนรู้ให้เกิดขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2566) บุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ คือผู้บริหารสถานศึกษาเพราะต้องเป็นผู้นำและผู้แสวงหาความร่วมมือจากบุคลากร ชุมชน องค์กรส่วนปกครองท้องถิ่น องค์กรเอกชน องค์กรวิชาชีพ สถานประกอบการ สถาบันศาสนาและสถาบันสังคมอื่น ๆ ร่วมกันจัดและพัฒนาการศึกษาอย่างต่อเนื่องและมั่นคง บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ แต่การจัดการศึกษาให้มีประสิทธิภาพตามที่มุ่งหวังนั้นอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ปัจจัยด้านสถานศึกษา ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้บริหาร และปัจจัยพฤติกรรมความเป็นผู้นำของผู้บริหาร (สมจิตร เจริญกร, 2561)

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์การทางการศึกษาระดับอุดมศึกษาขึ้นตรงต่อสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่จัดการศึกษาพยาบาลและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพให้กับกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาลทั้งหมด จำนวน 30 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นสถาบันหลักที่ทำหน้าที่ผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพให้กับสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขและเป็นสถาบันการจัดการศึกษาพยาบาลที่สามารถผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อให้บริการด้านสุขภาพจำนวนมากที่สุดของประเทศ (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร, 2562) จากสถานการณ์โลกในปัจจุบันเกิดการแข่งขันทางด้านเศรษฐกิจ สังคมอุตสาหกรรมความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศ และ ปัจจัยภายนอกต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อทุกองค์กร รวมถึงองค์กรทางการศึกษา ความคาดหวังของสังคม ทำให้องค์การทางการศึกษาต้องมีการปรับเปลี่ยน เกิดการแข่งขัน ปัจจุบันคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกต้องรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รับมือกับการแข่งขัน ส่งผลกระทบต่อการบริหารงานของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดด เพื่อการบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลสัมฤทธิ์ ผู้บริหารจึงต้องมีภาวะผู้นำในการบริหารองค์กร นำพาองค์กรไปสู่ความสำเร็จ บริหารองค์กรเพื่อความอยู่รอดทั้งในปัจจุบันและอนาคต นำพาองค์กรไปสู่สถาบันที่มีคุณภาพ (ศิริพร สิงหนตร, จรวยพร ใจสิทธิ, วิชา เห็นแก้ว, 2560)

ภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการ (Servant Leadership) เป็นรูปแบบการบริหารที่ผู้นำองค์การพยาบาลปัจจุบันให้ความสนใจและเลือกนำมาใช้เพื่อการบริหารจัดการงานขององค์กร เป็นภาวะผู้นำรูปแบบหนึ่งที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับลักษณะของวิชาชีพพยาบาลและวิทยาลัยพยาบาล เพราะต้องเป็นผู้นำที่ดูแลและให้บริการกับผู้อื่น ภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการเป็นการมุ่งเน้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชา สามารถพัฒนาศักยภาพ และประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานได้อย่างสูงสุด ภายใต้บทบาทการสนับสนุน และส่งเสริมของผู้นำ ทำให้สมาชิกทีมเกิดความรับผิดชอบร่วมกัน และรับรู้ในความสามารถของกันและกัน (สุระพรรณ พนมฤทธิ์, เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม, 2564) และภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการเป็นลักษณะของผู้บริหารที่มีคุณธรรม จริยธรรม มีจิตบริการ มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิชาชีพพยาบาลอยู่แล้ว (สุพัตรา วัชรเกตุ, 2557) เป็นตัวอย่างหรือแบบอย่างที่ดีให้กับนักศึกษาได้ ส่งผลต่อความมีคุณธรรม จริยธรรมของนักศึกษา ประกอบกับจากพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562 กำหนดให้สถาบันพระบรมราชชนกเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางของรัฐที่จัดการศึกษาระดับปริญญาตามกฎหมาย ส่งผลให้การเป็นสถาบันอุดมศึกษาของสถาบันพระบรมราชชนกมีโครงสร้างเปลี่ยนไปจากเดิม เหมือนหนึ่งเป็นมหาวิทยาลัยของรัฐ ซึ่งมีผลต่อองค์กรอย่างก้าวกระโดด อาจทำให้บุคลากรในหน่วยงานอาจปรับตัวไม่ทัน เกิดผลกระทบต่องค์กร จำเป็นจะต้องมีผู้นำที่นำพาองค์กรข้ามผ่านการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ (สถาบันพระบรมราชชนก, 2561) ประกอบกับจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่พบงานวิจัยที่มีการนำภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการมาใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับภาวะผู้นำทางการศึกษาพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะผู้นำแบบใฝ่บริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการบริหารวิทยาลัยพยาบาล สถาบันพระบรมราชชนก สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันและอนาคต เพื่อสร้างความเป็นเลิศให้กับวิทยาลัยพยาบาล สามารถนำองค์การก้าวผ่านการเปลี่ยนแปลงและภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นไปสู่การเป็นสถาบันการศึกษาพยาบาลที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบ ภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อยืนยันองค์ประกอบ ภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมที่นำเสนอในกรอบความคิดการวิจัย เพื่อนำไปสู่การกำหนดคำถามเบื้องต้น สำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และใช้เป็นแนวทางในการตั้งชื่อองค์ประกอบหลังจากการสกัดและหมุนแกนองค์ประกอบ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดภาวะผู้นำแบบไฟบริการ โดยอาศัยหลักแนวคิดและทฤษฎีของภาวะผู้นำแบบไฟบริการ ของ Greenleaf (2002) ประกอบด้วย หลัก 10 ประการ ดังนี้ (1) การฟัง (2) การเห็นอกเห็นใจ (3) การเอื้อยวรักษ์ (4) การตระหนักรู้ (5) การโน้มน้าวใจ (6) การสร้างมนต์ทัศน์ (7) การมองการณ์ไกล (8) การรับผิดชอบร่วมกันและอุทิศตนเพื่อรับใช้ (9) การอุทิศตนเพื่อพัฒนาคน และ (10) การสร้างชุมชน และภาวะผู้นำแบบไฟบริการของ สัมฤทธิ์ กางเพ็ง (2557) ประกอบด้วย ค่านิยมที่สำคัญ 5 ประการ ได้แก่ (1) การบริการ (2) การนำ (3) การให้คุณค่ากับบิสรภาพและศักดิ์ศรีของบุคคล (4) การเชื่อในพรสวรรค์ ความสามารถพิเศษและความสามารถของแต่ละบุคคล และ (5) การสร้างความเจริญงอกงามแก่ผู้อื่นและตนเองให้เกิดขึ้นทุกด้าน นอกจากนี้ใช้ภาวะผู้นำแบบไฟบริการทางการพยาบาล โดยอาศัยหลักแนวคิดและทฤษฎีของภาวะผู้นำแบบไฟบริการทางการพยาบาล ของ สุพัตรา วัชรเกตุ (2557) ประกอบด้วย (1) การฟัง (2) ความเข้าใจผู้อื่น (3) การเอื้อยวรักษ์ (4) การตระหนักรู้ (5) การโน้มน้าวใจ (6) การคิดแบบรวบยอด (7) การมองการณ์ไกล (8) การพิทักษ์รักษา (9) การพัฒนาคน และ (10) การพัฒนาชุมชน และภาวะผู้นำแบบไฟบริการของ ปุณณนุช พิมใจใส, อนุชา มาเรียน, มัณฑนา เทวโภคินกุล, พรทิพย์ กวินสุพร (2563) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 10 ประการ คือ ดังนี้ (1) การฟัง (2) การเห็นอกเห็นใจ (3) การเอื้อยวรักษ์ (4) การตระหนักรู้ (5) การโน้มน้าวใจ (6) การสร้างมนต์ทัศน์ (7) การมองการณ์ไกล (8) การรับผิดชอบร่วมกันและอุทิศตนเพื่อรับใช้ (9) การอุทิศตนเพื่อพัฒนาคน และ (10) การสร้างชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Research Methodology) ระหว่างวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของของไมล์สและฮูเบอร์แมน (Miles, Huberman, 1994) ดังนี้

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษาพยาบาล

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้บริหารทางการศึกษาพยาบาลจำนวน 5 คน โดยกำหนดคุณสมบัติไว้คือ เป็นผู้บริหารทางการศึกษาพยาบาลและสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาเอกทางการพยาบาลหรือทางการบริหารการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวนักวิจัย โดยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยด้านความรู้เรื่องภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล
2. เครื่องบันทึกเสียง
3. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi - Structured Interview) จำนวน 12 ข้อ และแนวทางการพัฒนาข้อคำถามและการสัมภาษณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มาเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัย รวบรวมประเด็นคำถามทั่ว ๆ ไปตามแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ตั้งประเด็นเป็นหัวข้อกว้าง ๆ โดยใช้ คำถามปลายเปิด ยืดหยุ่น ไม่กำหนดคำถามหรือเรียงลำดับคำถามแบบตายตัว เลือกใช้คำถามตามสถานการณ์ และบริบทของการสนทนา เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ นำแนวทางการสัมภาษณ์ให้อาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ตรวจสอบ และนำไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 2 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบปฏิสัมพันธ์ และเจาะลึกมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ และจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งได้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทภาวะผู้นำ แบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก และนำข้อมูลมา สรุปรูปเป็นตัวแปรที่ศึกษาและนำตัวแปรที่ได้ไปสร้างแบบสอบถามที่ใช้เป็นเครื่องมือวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา มีวิธีการวิเคราะห์ตามแนวคิดของไมล์สและฮูเบอร์แมน (Miles, Huberman, 1994) เป็น 3 ส่วน ดังนี้ 1) ย่อข้อมูลด้วยการจัดการข้อมูลให้มีระเบียบ โดยตัดทอนข้อมูล ที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาออก เหลือไว้เฉพาะเรื่องที่ต้องการศึกษา จากนั้นเชื่อมโยงข้อมูลตามแนวคิดของเรื่อง ที่เกี่ยวข้องและนำเสนอข้อมูลที่ได้อย่างเป็นระบบเพื่อสื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น 2) แสดงข้อมูลด้วยการนำเสนอข้อมูลที่ได้ จัดระเบียบไว้แล้วอย่างเป็นหมวดหมู่ด้วยวิธีการพรรณนาและแสดงข้อความที่ได้จัดหมวดหมู่ไว้แล้ว และ 3) หาข้อสรุป โดยการตีความ และการตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของการวิจัย ด้วยการตีความข้อสรุปหรือข้อค้นพบที่ได้ รวมทั้งการเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างเพื่อให้ได้ประเด็นหลักของเนื้อหา

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลสังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ วิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 วิทยาลัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ วิทยาลัยพยาบาลสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 28 วิทยาลัย การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (Krejcie, Morgan, 1970) จากจำนวนประชากร 30 วิทยาลัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 วิทยาลัย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของคัมรีและลี (Comrey, Lee, 1992) ซึ่งได้เสนอแนะว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 ตัวอย่างขึ้นไปถือว่าดี ผู้วิจัยจึงได้แจกแบบสอบถามจำนวน 448 ชุด และได้รับกลับมา 384 ชุด ดังนั้น การวิจัยนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่าง คือวิทยาลัยละ 16 ตัวอย่าง คิดเป็น 384 ตัวอย่าง เพื่อให้การวิเคราะห์องค์ประกอบ มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด และประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามองค์ประกอบภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 110 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด ถึง 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารการศึกษ จำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ได้ค่า IOC ระหว่าง .60 - 1.00 ก่อนนำมาปรับปรุงแก้ไข สำหรับการหาความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอาจารย์วิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 วิทยาลัยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .96 ก่อนนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยส่งแบบสอบถามความคิดเห็นถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จำนวนรวม 28 แห่ง โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงวิทยาลัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยตรง จำนวน 448 ชุด และขอความอนุเคราะห์ให้ตอบกลับภายใน 4 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถาม กลับมา 384 ชุด คิดเป็นร้อยละ 85.71 โดยนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พบว่าแบบสอบถามมีความสมบูรณ์ทุกชุด จึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด และประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน ใช้ค่าความถี่และร้อยละ

2. การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

2.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง จึงสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

2.2 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยความเหมาะสมของข้อมูล จากค่า KMO (The Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) (Hair, Gabriel, Siva, & Sergio, 2019) พบว่า มีค่าเท่ากับ .966 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก และค่าไคสแควร์ที่ได้จาก Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 61966.226 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สรุปได้ว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นจึงมีความเหมาะสมในการนำข้อมูลไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

3. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) วิเคราะห์ด้วยองค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis: PCA) ใช้วิธีหมุนแกนองค์ประกอบแบบ Orthogonal Rotation ด้วยวิธี Varimax โดยใช้เกณฑ์เลือกตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ตั้งแต่ .60 ขึ้นไป (Comrey & Lee, 1998) และจำนวนตัวแปรในองค์ประกอบจะต้องมีอย่างน้อย 3 ตัวแปรขึ้นไป (Kaiser, 1983) จึงจะถือว่าสามารถจัดเป็นองค์ประกอบได้สำหรับการตั้งชื่อองค์ประกอบ พิจารณาดังข้อที่มีความหมายครอบคลุมและสื่อถึงตัวแปรภายในองค์ประกอบภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 3 การยืนยันองค์ประกอบ

ผู้วิจัยนำองค์ประกอบภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 นำมาตรวจสอบและเพิ่มความน่าเชื่อถือขององค์ประกอบ โดยการนำเสนอร่างองค์ประกอบภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการศึกษ วิทยาลัยพยาบาล จำนวน 5 คน พิจารณา ประเด็น ความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ ซึ่งการวิเคราะห์ผลการยืนยันองค์ประกอบด้วยสถิติ ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

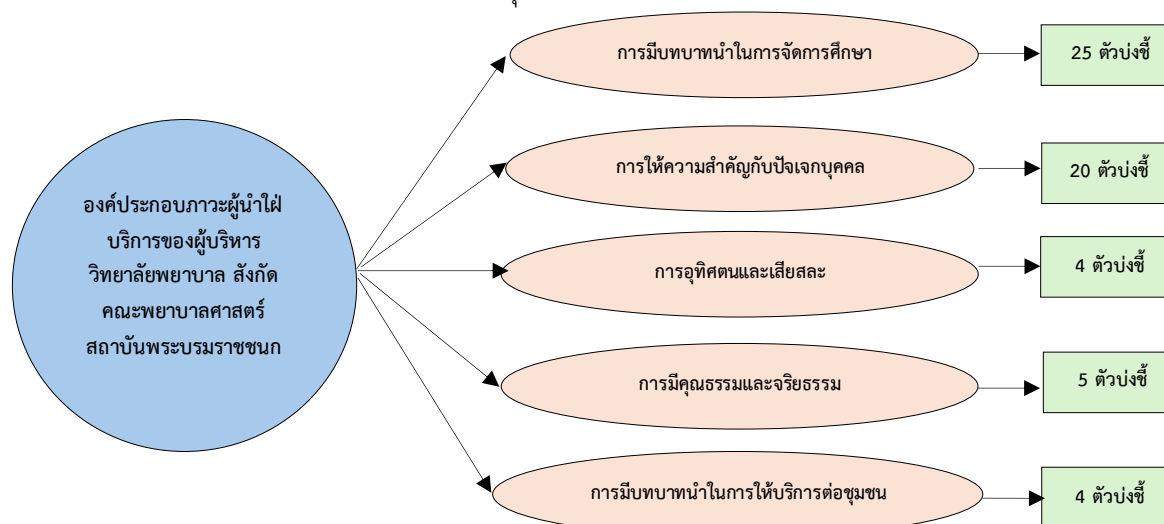
จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก หมายเลขใบรับรอง P4-4 -2567 ลงวันที่ 21 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.98 อายุของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 40.10 ระดับการศึกษาสูงสุด มีระดับการศึกษาระดับปริญญาโท มีมากที่สุด ร้อยละ 69.79 ตำแหน่งหน้าที่ในวิทยาลัยพยาบาล ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นฝ่ายบริหาร (ผู้อำนวยการ/รองผู้อำนวยการ/ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ/ ประธานสาขา/ หัวหน้างานที่เป็นอาจารย์ หัวหน้างานซึ่งเป็นข้าราชการ/ ลูกจ้างประจำ) ร้อยละ 50.00 และเป็นฝ่ายปฏิบัติ (อาจารย์/ วิทยาจารย์) ร้อยละ 50 และด้านประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน มีประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน 11 - 15 ปี มากที่สุด ร้อยละ 28.90

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข



ภาพ 1 องค์ประกอบภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ตาราง 1 ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวนและร้อยละสะสมของความแปรปรวนองค์ประกอบภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (n = 384)

องค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ร้อยละของความแปรปรวน	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน
1. การมีบทบาทนำในการจัดการศึกษาพยาบาล	27.00	25.00	25.00
2. การให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคล	23.93	21.75	46.75
3. การอุทิศตนและเสียสละ	9.12	8.29	55.05
4. การมีคุณธรรมและจริยธรรม	5.99	5.44	60.50
5. การมีบทบาทนำในการให้บริการต่อชุมชน	5.53	5.02	65.52

ตาราง 2 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบภาวะผู้นำแบบไม่บริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

องค์ประกอบ/ตัวบ่งชี้	ค่าน้ำหนัก ตัวบ่งชี้
องค์ประกอบที่ 1 การมีบทบาทนำในการจัดการศึกษาพยาบาล	
1.1 มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาให้บรรลุเป้าหมายโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย	.788
1.2 มีความรอบรู้ รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยภายในและภายนอกองค์กรที่มีผลต่อการจัดการศึกษา	.777
1.3 มีภาวะผู้นำในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาองค์กรให้ดีขึ้น	.763
1.4 การประเมินปัญหาและอนาคตภายหน้าขององค์กร	.763
1.5 มีการประเมินและการกำหนดมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงในอนาคตขององค์กร	.760
1.6 เป็นผู้นำการกำกับติดตาม สนับสนุนให้กำลังใจในการนำแนวทาง/แผนงานสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม	.748
1.7 การนำผลการปฏิบัติงานมาวางแผนในการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาให้กับองค์กร	.745
1.8 มีภาวะผู้นำในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการทางการศึกษาเพื่อผลิตพยาบาลให้มี คุณลักษณะสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต	.734
1.9 มีการวางแผนแก้ไขปัญหาของวิทยาลัยอย่างเป็นระบบและมีการกำหนดแผนกลยุทธ์	.724
1.10 มีความสามารถในการนำองค์กรด้านความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา ด้านการสอน/การวิจัย ทั้งระดับชาติหรือนานาชาติ	.717
1.11 การจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ในองค์กรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด	.716
1.12 การกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุม	.708
1.13 กำหนดวิสัยทัศน์และแผนกลยุทธ์ของวิทยาลัยโดยคาดการณ์ถึงการเปลี่ยนแปลงทางการศึกษา พยาบาลที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้	.708
1.14 การสำรวจความต้องการที่จำเป็นจากผู้ได้บังคับบัญชาก่อนที่จะวางแผนกิจกรรมใหม่ ๆ	.697
1.15 สามารถจัดการความขัดแย้งในงานที่ได้รับผิดชอบได้	.686
1.16 วิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาต่าง ๆ ในวิทยาลัยและสรุปสาเหตุของปัญหาในภาพรวมได้	.680
1.17 พร้อมรับและหาทางออกร่วมกับผู้ปฏิบัติทุกฝ่ายหากพบปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้นระหว่างการทำงาน ขององค์กร	.680
1.18 วางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในวิทยาลัยโดยมองข้ามผลประโยชน์ส่วนตน	.678
1.19 มีการมองการณ์ไกลถึงความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ของการศึกษาพยาบาลโดยไม่เพ้อฝัน	.663
1.20 การให้ข้อเสนอแนะวิธีการทำงานที่ถูกต้องแก่บุคลากร	.661
1.21 การใช้ข้อมูลผลการปฏิบัติงานเพื่อหาแนวโน้มปัญหาขององค์กร	.651
1.22 การให้บุคลากรทำสิ่งต่าง ๆ บนพื้นฐานความรู้ความสามารถ	.633
1.23 วางแผนการทำงานทุกครั้งในการปฏิบัติงาน	.624
1.24 สนใจเกี่ยวกับความหวังของเพื่อนร่วมงาน	.606
1.25 การใช้ความสามารถส่วนตัวเพื่อทำประโยชน์ให้แก่องค์กรและบุคลากรในองค์กร	.604
องค์ประกอบที่ 2 การให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคล	
2.1 เข้าใจและใส่ใจความรู้สึกและเห็นคุณค่าของบุคลากรในวิทยาลัยทุกคน	.746
2.2 ทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้พูดพูดประกอบกับการสะท้อนสิ่งที่ได้ไตร่ตรอง	.744
2.3 เป็นผู้ฟังที่ดีให้กับบุคลากรในวิทยาลัยรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ ของบุคลากรในวิทยาลัยด้วยความตั้งใจ สนใจ	.743
2.4 มีการรับฟังเป็นลำดับแรกและตอบสนองต่อสิ่งที่ได้ยิน เช่น พักหน้า สบตา	.743
2.5 ยอมรับ เข้าใจความรู้สึกและให้การช่วยเหลือบุคลากรให้ดีขึ้น	.737
2.6 สนใจให้บุคลากรได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ	.712
2.7 มีความเข้าใจในสิ่งที่บุคลากรในวิทยาลัยต้องการเท่าเทียมกันทุกคน	.706
2.8 รับรู้ความต้องการของผู้อื่นได้จากสังเกตสีหน้าและแววตาขณะสื่อสาร	.702

องค์ประกอบ/ตัวบ่งชี้	ค่าน้ำหนัก ตัวบ่งชี้
2.9 มีความอดทนอดกลั้น แม้บุคลากรจะปฏิบัติงานไม่เป็นตามที่คาดหวัง	.701
2.10 รับฟังผู้อื่นด้วยทักษะเจียบพร้อมกลั่นกรองข้อมูลก่อนตัดสินใจและไม่มีอคติ	.680
2.11 เต็มใจช่วยเหลืออาจารย์และบุคลากรทุกคนเมื่อเขาประสบปัญหา	.655
2.12 ยอมรับและเข้าใจถึงความแตกต่างของบุคลากรในวิทยาลัยแต่ละบุคคล	.652
2.13 ได้รับการยอมรับจากบุคลากรในการให้ความช่วยเหลือ	.644
2.14 เต็มใจช่วยเหลือบุคลากรและให้คำแนะนำทุกครั้งที่บุคลากรมีปัญหและขอความช่วยเหลือโดยไม่คำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนตัว	.642
2.15 การให้คุณค่ากับอิสรภาพและศักดิ์ศรีของบุคคล	.641
2.16 ยอมรับในความคิด การกระทำ การแสดงออกของบุคลากรในวิทยาลัย	.638
2.17 แสดงความปรารถนาดีต่อผู้อื่นและควบคุมอารมณ์ถึงแม้บุคลากรในวิทยาลัยจะมีพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่พึงพอใจ	.617
2.18 ยอมรับในความผิดพลาดของตนเองและพร้อมที่จะมีการปรับปรุงแก้ไข	.615
2.19 ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติหน้าที่ที่ผู้นำวิทยาลัยอย่างเต็มความสามารถและมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ผู้นำองค์กร	.609
2.20 ประพฤติตนเป็นผู้ที่มีคุณธรรมจริยธรรมที่ดี เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุคลากรในวิทยาลัยและนักศึกษา	.601
องค์ประกอบที่ 3 การอุทิศตนและเสียสละ	
3.1 การเสียสละเวลาให้แก่บุคลากรโดยที่บุคลากรไม่ได้ร้องขอ	.681
3.2 อุทิศตนในการทำประโยชน์ให้กับสังคมมากกว่าประโยชน์ของตนเอง	.677
3.3 การรับอาสาทำคุณประโยชน์ให้แก่องค์กร	.627
3.4 การใส่ใจอุทิศตนในการดูแลบุคลากรในวิทยาลัยมากกว่าความต้องการของตนเอง	.626
องค์ประกอบที่ 4 การมีคุณธรรมและจริยธรรม	
4.1 การเปิดโอกาสให้บุคลากรในวิทยาลัยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการทำงาน	.922
4.2 การมีจิตใจอ่อนโยนมองโลกในแง่ดีและแสดงออกด้วยความอ่อนน้อมถ่อมตน	.920
4.3 คำนึงถึงปัญหาต่าง ๆ และพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในองค์กร	.916
4.4 ให้ความยุติธรรมแก่บุคลากรในวิทยาลัยทุกคน	.826
4.5 การรับฟังข้อบกพร่องและข้อจำกัดของตนเองจากบุคลากรทุกฝ่าย	.626
องค์ประกอบที่ 5 การมีบทบาทนำในการให้บริการต่อชุมชน	
5.1 เป็นผู้นำด้านบริการสังคมและวิชาชีพการพยาบาลโดยเน้นการเป็นผู้นำทางวิชาการให้แก่เขตบริการสุขภาพที่วิทยาลัยรับผิดชอบ	.662
5.2 เป็นผู้สนับสนุนเครือข่ายความร่วมมือและสนับสนุนความรู้ทางสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนท้องถิ่น	.653
5.3 เข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร/ชุมชนและร่วมรับผิดชอบต่อชุมชน สังคมและภาคีเครือข่าย	.619
5.4 มีการสนับสนุนให้อาจารย์นำความเชี่ยวชาญไปให้บริการในเขตบริการสุขภาพที่รับผิดชอบและมี impact ต่อประชาชนในเขตบริการ	.616

จากภาพ 1 และตาราง 1 พบว่าองค์ประกอบภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 58 ตัวบ่งชี้ โดยทั้ง 5 องค์ประกอบ 58 ตัวบ่งชี้ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ได้ร้อยละ 65.52 โดยมีค่าไอเกน เท่ากับ 27.00, 23.93, 9.12, 5.99 และ 5.53 ตามลำดับ โดยมีรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบ ดังตาราง 2

องค์ประกอบที่ 1 การมีบทบาทนำในการจัดการศึกษาพยาบาล (Leading in Nursing Education) มี 25 ตัวบ่งชี้โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ ตั้งแต่ .604 - .788 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด คือ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาให้บรรลุเป้าหมายโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย (.788) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด คือ การใช้ความสามารถส่วนตัวเพื่อทำประโยชน์ให้แก่องค์กรและบุคลากรในองค์กร (.604)

องค์ประกอบที่ 2 การให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคล (Individual Consideration) มี 20 ตัวบ่งชี้โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ ตั้งแต่ .601 - .746 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด คือ เข้าใจและใส่ใจความรู้สึกและเห็นคุณค่าของบุคลากรในวิทยาลัยทุกคน (.746) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด คือ ประพฤติตนเป็นผู้ที่มีคุณธรรมจริยธรรมที่ดี เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุคลากรในวิทยาลัยและนักศึกษา (.601)

องค์ประกอบที่ 3 การอุทิศตนและเสียสละ (Devotion and Sacrifice) มี 4 ตัวบ่งชี้โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ ตั้งแต่ .626 - .681 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด คือ การเสียสละเวลาให้แก่บุคลากรโดยที่บุคลากรไม่ได้ร้องขอ (.681) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด คือ การใส่ใจอุทิศตนในการดูแลบุคลากรในวิทยาลัยมากกว่าความต้องการของตนเอง (.626)

องค์ประกอบที่ 4 การมีคุณธรรมและจริยธรรม (Holding Ethical and Moral Values) มี 5 ตัวบ่งชี้โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ ตั้งแต่ .626 - .922 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด คือ การเปิดโอกาสให้บุคลากรในวิทยาลัยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการทำงาน (.922) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด คือ การรับฟังข้อบกพร่องและข้อจำกัดของตนเองจากบุคลากรทุกฝ่าย (.626)

องค์ประกอบที่ 5 การมีบทบาทนำในการให้บริการต่อชุมชน (Leading role in Serving Community) มี 4 ตัวบ่งชี้ โดยมีความค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ ตั้งแต่ .616 - .662 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด คือ เป็นผู้นำด้านบริการสังคมและวิชาชีพการพยาบาล โดยเน้นการเป็นผู้นำทางวิชาการให้แก่เขตบริการสุขภาพที่วิทยาลัยรับผิดชอบ (.662) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด คือ มีการสนับสนุนให้อาจารย์นำความเชี่ยวชาญไปให้บริการในเขตบริการสุขภาพที่รับผิดชอบและมี impact ต่อประชาชนในเขตบริการ (.616)

3. ผลการยืนยันองค์ประกอบภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 5 องค์ประกอบ 58 ตัวบ่งชี้ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คน มีความเห็นสอดคล้องกัน โดยมีความเห็นว่า ภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 5 องค์ประกอบ มีความถูกต้อง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีความเหมาะสม จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีความเป็นไปได้ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และมีความเป็นประโยชน์ จำนวน 5 คนคิดเป็นร้อยละ 100

การอภิปรายผล

องค์ประกอบภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 58 ตัวบ่งชี้ได้แก่ 1) การมีบทบาทนำในการจัดการศึกษาพยาบาล 2) การให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคล 3) การอุทิศตนและเสียสละ 4) การมีคุณธรรมและจริยธรรม และ 5) การมีบทบาทนำในการให้บริการต่อชุมชน ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบทั้ง 5 องค์ประกอบสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 65.52 และมีความสัมพันธ์กัน สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. องค์ประกอบที่ 1 การมีบทบาทนำในการจัดการศึกษาพยาบาล มีค่าไอเกนมากที่สุด (27.00) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข นอกจากได้ชื่อว่าเป็นผู้นำขององค์กรโดยตำแหน่งแล้ว ต้องเป็นผู้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาให้บรรลุเป้าหมายโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียร่วมด้วย จึงจะสามารถสร้างศรัทธาและการยอมรับนับถือจากผู้ใต้บังคับบัญชาและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้เกิดมิติการทำงานด้านวิชาการร่วมกันที่จะนำไปสู่ความสำเร็จได้ตามเป้าหมายของสถานศึกษาพยาบาล ซึ่งถือว่ามีความสำคัญที่สุดของภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัย

พยาบาล สังเกตคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนั้นบทบาทที่สำคัญของผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลในการจัดการศึกษาพยาบาล ก็เป็นหัวใจสำคัญของผู้นำในการจัดการศึกษาพยาบาล การที่จะขับเคลื่อนองค์กรไปในทิศทางใดก็ตาม ปัจจัยที่สำคัญเป็นอันดับแรกคือภาวะผู้นำของผู้บริหาร เพราะผู้บริหารถือเป็นผู้วางเป้าหมายขององค์กร เป็นการบอกทิศทางที่ชัดเจนขององค์กร ซึ่งจะส่งผลให้การบริหารสำเร็จตามเป้าหมายการจะบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายของการจัดการศึกษาพยาบาลได้ ปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อบทบาทของผู้นำในการจัดการศึกษาพยาบาล ก็คือผู้บริหารจะต้องมีความสามารถในการเป็นที่ยอมรับของวงการการศึกษาพยาบาลได้ (เนติยา แจ่มทิม, จารุวรรณ สอนงญาติ, ลักขณา ศิริฤกุล, 2564) และทักษะของผู้บริหารในการสร้างความเข้มแข็งขององค์กรโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์ทางด้านวิชาการ เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลชีวิตมนุษย์ จึงต้องอาศัยความถูกต้องแม่นยำด้านวิชาการและต้องสามารถสร้างความน่าเชื่อถือต่อผู้รับบริการ ผู้บริหารจึงต้องมีทักษะด้านวิชาการ ซึ่งถือเป็นบทบาทสำคัญของผู้นำในการจัดการศึกษาพยาบาล การที่ผู้บริหารหรือผู้นำทางการศึกษาพยาบาล มุ่งเน้นการให้บริการและสนับสนุนบุคลากรทางการศึกษาและนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้พวกเขามีศักยภาพและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและการเรียนรู้ โดยผู้นำจะให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การพัฒนาบุคลากร และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการทำงานร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรและส่งเสริมความเป็นเลิศทางการศึกษาพยาบาล จึงจะสามารถสร้างความเข้มแข็งขององค์กรได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ (2558) ที่พบว่า องค์ประกอบภาวะผู้นำแบบไฟบริการของผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาลเอกชน ประกอบด้วย การบริการ การเป็นผู้มีวิสัยทัศน์ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบริหารการศึกษาพยาบาล

2. องค์ประกอบที่ 2 การให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคล มีค่าไอเกนรอนลงมา (23.93) สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังเกตคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกนั้น ในบทบาทของการเป็นผู้นำต้องให้การดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นรายบุคคล เข้าใจและใส่ใจความรู้สึกและเห็นคุณค่าของบุคลากรในวิทยาลัยทุกคน เป็นที่ปรึกษาเป็นพี่เลี้ยง สนับสนุน สอนงาน รับฟังความคิดเห็น เอาใจเขามาใส่ใจเรา และพัฒนาผู้ใต้บังคับบัญชาโดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล เปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ที่ท้าทายความสามารถ การที่ผู้บริหารมีการพัฒนาศักยภาพของผู้ใต้บังคับบัญชาที่ตอบสนองความต้องการและศักยภาพของแต่ละบุคคล จะช่วยให้องค์กรแวดล้อมไปด้วยบุคลากรที่มีคุณภาพ เป็นประโยชน์ต่อการจัดโครงสร้างการปฏิบัติงานที่เหมาะสม การเคารพในความแตกต่างทางความคิด วัฒนธรรม และอื่น ๆ อย่างเท่าเทียมกันของแต่ละบุคคล รับรู้ถึงความตั้งใจและเจตนาที่ดี รับฟังผู้อื่นอย่างเข้าใจ เป็นผู้ฟังที่ดี ฟังทั้งสิ่งที่พูดและไม่ได้พูดออกมา รู้จักให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้ตามก็เต็มใจให้ความร่วมมือกับผู้นำที่ดี เกิดประสิทธิภาพของการทำงานเป็นทีมได้ พนางค์กรไปสู่ความสำเร็จในระยะยาว (ธนพร วรรณกุล, ศักดา สถาพรวงษา, นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2559) นอกจากนั้นการเข้าใจความแตกต่างของบุคคลเป็นการให้โอกาสความเท่าเทียมกับผู้ใต้บังคับบัญชาที่มีโอกาสก้าวหน้าตามศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ ไม่ถูกเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีศักยภาพเหนือกว่า ซึ่งจะทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชารู้สึกว่าตนมีคุณค่าและมีความสำคัญต่อองค์กร ส่งเสริมความมั่นใจให้กับผู้ใต้บังคับบัญชาทุกคน เนื่องจากรู้สึกว่าได้รับการยอมรับนับถือ ทำให้มีขวัญและกำลังใจ เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและให้ความศรัทธาต่อผู้นำ พร้อมทั้งจะเปลี่ยนแปลงตามที่ผู้นำตั้งเป้าหมายไว้ พฤติกรรมการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ผู้นำจะแสดงให้เห็นว่าเข้าใจและยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล ให้ความใส่ใจความสำเร็จและให้โอกาสก้าวหน้าของผู้ตามเป็นรายบุคคล ส่งเสริมความมั่นใจแก่ผู้ตาม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกับผู้ใต้บังคับบัญชาที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใต้บังคับบัญชาต่อผู้นำและสมรรถนะของผู้ใต้บังคับบัญชา สอดคล้องกับการศึกษาของ Zada, Khan, Saeed, Jun, Muñoz, Barraza (2022) ที่พบว่า การให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคล ส่งผลให้ศักยภาพของผู้ใต้บังคับบัญชาเพิ่มพูนพัฒนาก้าวหน้าอย่างไม่หยุดยั้ง นำไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้และพัฒนามากยิ่งขึ้นต่อไป

3. องค์ประกอบที่ 3 การอุทิศตนและเสียสละ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังเกตคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกนั้น ควรมีการเสียสละเวลาให้แก่บุคลากรโดยที่บุคลากรไม่ได้รับรองขอ มีการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการทำงาน มีการอุทิศตนและเสียสละเป็นความคิดเชิงบวก มีการยอมรับและเข้าใจใน

ความเห็นที่แตกต่างออกไป มีทัศนคติที่มุ่งเน้นการนำประโยชน์มาในการพัฒนางาน ทัศนคติที่ดีจะมีการแสดงออกที่ตรงและสอดคล้อง ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ เป็นสิ่งที่สมควรแสดงออกให้เห็นอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง นอกจากนั้นด้วยเหตุผลที่จะก่อให้เกิดการสร้างควมไว้วางใจใจผูกพัน นำไปสู่การให้ความไว้วางใจต่อกันและกัน ส่งผลให้เกิดการร่วมมือ ร่วมแรงร่วมใจในการทำงาน ทั้งในยามปกติและเมื่อองค์กรต้องการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในหน่วยงานได้เป็นอย่างดี ผู้นำแบบใฝ่บริการควรมีความไม่เห็นแก่ตัว (Altruism) เป็นบุคคลที่มีความห่วงใยที่แสดงออกมาในการบริการที่สร้างสรรค์ เป็นความหวังดีต่อผู้อื่น เห็นประโยชน์ต่อผู้อื่นก่อนประโยชน์ส่วนตน และเลือกที่จะให้บริการผู้อื่นมากกว่าได้รับบริการให้ความเท่าเทียมและเสมอภาค นอกจากนี้แล้ว ผู้นำแบบใฝ่บริการควรมีการจัดการเวลาเพื่อประโยชน์แก่การทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ อันได้แก่ การเสียสละเวลาส่วนตัว ความสุขส่วนตัว ความสุขที่ควรเกิดขึ้นในครอบครัว มาอุทิศเวลาเพื่อทุ่มเทและอุทิศตนในการทำงาน ในบางครั้งการทำงานล่วงเวลาของผู้นำแบบใฝ่บริการจะทำให้ไม่ได้คำนึงถึงค่าตอบแทนหรือคาดหวังค่าชื่นชม ไม่ได้คำนึงถึงเวลาราชการ แต่จะทำงานด้วยความรู้สึกเต็มใจ มองถึงมิติของควมมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และมีความสุข (ชูศรี มโนการ, รัชมีลภัส ใจยะสิทธิ์, ศศิญา บัวผุด, 2563) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Daswati, Buntuang, Hattab, Kornelius (2021) ที่พบว่า ผู้นำที่เสียสละผลประโยชน์ของตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคลากรทางการแพทย์จะส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานขององค์กร

4. องค์ประกอบที่ 4 การมีคุณธรรมและจริยธรรม สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่าผู้บริหารต้องเปิดโอกาสให้บุคลากรในวิทยาลัยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการทำงาน รวมถึงยึดหลักจรรยาบรรณของวิชาชีพซึ่งหมายถึงความถึงจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล (Professional Code of Ethic) เพราะเป็นข้อบัญญัติที่กำหนดไว้ว่าสิ่งใดควรหรือไม่ควรประพฤติปฏิบัติสำหรับวิชาชีพ จะรักษาและส่งเสริมมาตรฐานของวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องยึดไว้เป็นหลักในการประกอบวิชาชีพ ต้องมีความรับผิดชอบต่องานสังคมและวิชาชีพ ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะผู้นำทางการบริหารพยาบาลเป็นอย่างยิ่งที่ทำให้เกิดศรัทธาและเชื่อถือได้ของผู้บริหารได้ ซึ่งผู้นำทางการศึกษาพยาบาลก็เช่นเดียวกันที่ต้องมีความรับผิดชอบที่สังคมคาดหวังและให้ความสนใจ คือ ความรับผิดชอบระดับจริยธรรมและความรับผิดชอบโดยสมัครใจ ผู้นำทางการศึกษาพยาบาลต้องรับผิดชอบในการสร้างบรรยากาศองค์กรให้มีพฤติกรรมจริยธรรม สอดคล้องกับที่สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีได้กำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลของสมาคม พ.ศ. ฉบับปีพุทธศักราช 2546 ที่มุ่งเน้นให้พยาบาลได้ประพฤติปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยกำหนดเป็นความรับผิดชอบต่อประชาชน ความรับผิดชอบต่อประเทศชาติต่อผู้ร่วมวิชาชีพและต่อตนเองในข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 3 ว่าพยาบาลรับผิดชอบต่อประชาชนผู้ต้องการการพยาบาลและบริการสุขภาพฯ ประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณาเคารพในคุณค่าของชีวิตพยาบาล มีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ใช้บริการ ผู้ร่วมงาน และประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชนของบุคคล สอดคล้องกับงานวิจัยของ Purwati, Sriatmi, Dwitono (2023) ที่พบว่า พยาบาลที่มีคุณธรรมจริยธรรม และมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ใช้บริการ ผู้ร่วมงาน และประชาชนด้วยความเคารพสิทธิในความเป็นเจ้าของและความเป็นส่วนตัวของบุคคล ส่งผลทั้งพยาบาลและผู้ป่วย ได้แก่ ประสิทธิภาพในการทำงานและความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังจากใช้บริการดูแลสุขภาพ

5. องค์ประกอบที่ 5 การมีบทบาทนำในการให้บริการต่อชุมชน สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากภาวะผู้นำของผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็นสถาบันอุดมศึกษามีหน้าที่ด้านการบริการวิชาการแก่สังคมในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้คำปรึกษาทางวิชาการ การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการจัดการเรียนการสอน การวิจัย และการสร้างนวัตกรรมแก่ภาครัฐ ภาคเอกชนชุมชนและสังคม ควรเป็นผู้นำที่มีความสามารถด้านบริการสังคมและวิชาชีพการพยาบาล โดยเน้นการเป็นผู้นำทางวิชาการให้แก่เขตบริการสุขภาพที่วิทยาลัยรับผิดชอบเพื่อนำความรู้ไปใช้ประโยชน์และส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในการพัฒนาพื้นที่ที่ใกล้เคียงกับที่ตั้งของสถาบันอุดมศึกษานั้นหรือพื้นที่อื่น ตามที่สถาบันอุดมศึกษาเห็นสมควร ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ กับสังคม (เนติยา แจ่มทิม, จารุวรรณ สอนงญาติ, ลักขณา ศิริถิกุล, 2564) เพื่อสร้างเสริมจิตสาธารณะในการนำความรู้และประสบการณ์มาใช้ เพื่อสร้างประโยชน์แก่ส่วนรวม ตามเจตนารมณ์

แห่งพระราชบัญญัติการอุดมศึกษา พ.ศ. 2562 ดังนั้น สถาบันอุดมศึกษาจึงต้องเป็นศูนย์รวมด้านวิชาการที่ทำหน้าที่เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการสู่ประชาชนภายนอก เพื่อให้องค์ความรู้ที่มีนั้นได้รับการกระจายและการต่อยอดความคิดให้กว้างขวางมากที่สุด รวมทั้งเป็นการให้การศึกษาแก่ประชาชนในทางอ้อม เพื่อให้ประชาชนสามารถ ถอดตามวิทยาการใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นได้ทัน แม้มิได้อยู่ในระบบการศึกษาโดยเปิดกว้างให้ชุมชนเข้าร่วมเรียนรู้ และมหาวิทยาลัยเองก็ต้องร่วมในกิจกรรมเพื่อพัฒนาชุมชนร่วมกับชาวบ้านและฝ่ายอื่น ๆ ที่สนใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรารณ จันทรัง (2567) ที่พบว่า ภาวะผู้นำแบบไฟบริการด้านสุขภาพของ อสม. มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมความเป็นผู้นำแบบไฟบริการด้านสุขภาพในระดับปานกลางในทุกด้าน โดยค่าคะแนนสูงสุด คือ ด้านการสร้างคุณค่าให้กับชุมชน และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการเสริมพลังคนในชุมชนในการดูแลสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Robinson, Magnusen (2023) ที่พบว่า ความเป็นผู้นำแบบไฟบริการสามารถศึกษาและให้บริการโดยให้ความรู้แก่ผู้รับบริการเป็นการบริการวิชาการเชิงบวกสำหรับการพัฒนาผู้นำแบบไฟบริการ ตลอดจนสามารถประยุกต์ใช้ในการบริการในอนาคตที่มุ่งพัฒนาผู้นำแบบไฟบริการ ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

การนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันการศึกษาพยาบาลควรนำข้อมูลองค์ประกอบที่มีค่าไอเกนมากที่สุด ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การมีบทบาทในการจัดการศึกษาพยาบาล องค์ประกอบที่ 2 การให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคล และองค์ประกอบที่ 3 การอุทิศตนและเสียสละ ไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาภาวะผู้นำไฟแบบบริการทางการศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถในการวางแผน จัดการและประเมินผล เพื่อให้การศึกษาพยาบาลมีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียนและสังคม รวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดีในการประพฤติปฏิบัติตน เคารพในความแตกต่างทางความคิด วัฒนธรรม อย่างเท่าเทียมกันของผู้ได้บังคับบัญชาและเป็นผู้นำในการสร้างความเปลี่ยนแปลงในวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำองค์ประกอบที่มีค่าไอเกนมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การมีบทบาทในการจัดการศึกษาพยาบาล องค์ประกอบที่ 2 การให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคล และองค์ประกอบที่ 3 การอุทิศตนและเสียสละ มาพัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินสมรรถนะความเป็นผู้นำทางการศึกษาพยาบาล เพื่อใช้ในการพัฒนาภาวะผู้นำของผู้บริหารของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ต่อไป
2. ควรมีการวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการพัฒนาความเป็นผู้นำแบบไฟบริการในบริบทของสถาบันการศึกษาพยาบาล
3. ควรพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาภาวะผู้นำแบบไฟบริการทางการศึกษาพยาบาลและวางแผนอบรมหรือพัฒนาอาจารย์ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้อาจารย์มีคุณลักษณะตามองค์ประกอบที่พบ

รายการอ้างอิง

- ชูศรี มโนการ, รัชมีลภัส ใจยะสิทธิ์ และศศิญา บัวผุด. (2563). องค์ประกอบเชิงยืนยันประสิทธิผลทีมของอาจารย์พยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารทหารบก*, 21(3), 179-190.
- ธนพร วรณกุล, ศักดา สถาพรจนา และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2559). การพัฒนาดัชนีชี้คุณลักษณะภาวะผู้นำแบบผู้บริการของผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาล. *วารสารเวริเดียนส์*, 9(1), 598-610.
- เนติยา แจ่มทิม, จารุวรรณ สอนงญาติ และลักขณา ศิริถิกุล. (2564). คุณลักษณะของผู้บริหารที่พึงประสงค์ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 4(1), 95-103.

- บุญยง พิณใจใส, อนุชา มาเรียน, มณฑนา เทวโกศลกุล และพรทิพย์ กวินสุพร. (2563). ภาวะผู้นำให้บริการ: มุมมองผู้บริหารการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 9-17.
- มาลีวัล เลิศสารศิริ, มาลินี ปันดี และวิลาวัลย์ เพ็งพานิช. (2563). การเสริมสร้างความพึงพอใจในงานและการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 31(2), 201-212.
- วารจกณา จันทรัง. (2567). แนวทางการพัฒนาภาวะผู้นำให้บริการด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 11(1), 1-10.
- วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. (2562). สถาบันพระบรมราชชนก:สถาบันอุดมศึกษาแห่งใหม่ของไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(ฉบับพิเศษ), 1-2.
- ศิริพร สิงหนตร, จรวยพร ใจสิทธิ และวิยา เห็นแก้ว. (2560). ภาวะผู้นำการพยาบาลในศตวรรษที่ 21. *วารสารนเรศวรพะเยาว์*, 10(1), 17-22.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2561). *ยกสถานะ 'สถาบันพระบรมราชชนก' เป็นอุดมศึกษาเฉพาะทางผลิตบุคลากรตามความต้องการ สช. สืบค้นเมื่อ 4 กันยายน 2567 จาก* <https://www.hfocus.org/content/2018/04/15680>.
- คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก. (2562). ประวัติคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2567 จาก fon.pi.ac.th/รู้จักองค์กร/.
- สมจิตร เจริญกร. (2561). ภาวะผู้นำทางวิชาการของผู้บริหารสถานศึกษาในองค์กร. *วารสารรอยขนแกะนาคาเดมิ* 3(2), 1-16.
- สัมฤทธิ์ กางเพ็ง. (2557). ภาวะผู้นำแบบบริการ : แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัย. มหาสารคาม: อภิชาติการพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2566). *แผนพัฒนาอุดมศึกษาระยะยาว*. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2567 จาก https://www.ubu.ac.th/web/files_up/03f2017040916420783.pdf.
- สุพัตรา วัชรเกตุ. (2557). ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ : บัญญัติ 10 ประการของผู้นำทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 44-48.
- สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และเพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม. (2564). การพัฒนาภาวะผู้นำแบบให้บริการ: ทิศทางการบริหารจัดการในองค์กรพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 31(3), 202-210.
- สุไธดาร แวดะ และชวลิต เกิดทิพย์. (2568). องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ของภาวะผู้นำการปรับเปลี่ยนในภาวะพลิกผันสำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 12(2), 1-13.
- อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์ และทวีวัฒน์ ปิตยานนท์. (2558). องค์ประกอบภาวะผู้นำแบบให้บริการของผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาลเอกชนที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริหารการศึกษายาบาล. *วารสารทหารบก*, 7(2), 64-76.
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A First Course in Factor Analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1998). *A First Course in Factor Analysis*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Daswati, Buntuang, C. D. P., Hattab, S., & , Kornelius, Y. (2021). Effect of servant leadership on the performance of a regional general hospital. *Problems and Perspectives in Management*, 19(2), 506-518.
- Greenleaf, K. R. (2002). *Servant Leadership: A Journey into the Nature of Legitimate power and Greatness*. New Jersey:Paulist Press 5-8.
- Hair, J. F., Gabriel, M. L., Siva, D. D., & Sergio, S. B. (2019). Development and validation of attitudes measurement scales:fundamental and practical aspects. *Rausp Management Journal*, 54(4), 490-507.

- Kaiser, H. F. (1983). *Using Multivariate Statistics*. New York: Haper & Row 411.
- Krejcie, V. R., & Morgan, W. E. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis*. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Purwanti, Y. R., Sariatmi, A., & , Dwiantoro, L. (2023). The impact of servant leadership in nursing practice at the hospital: A literature review. *Journal of Holistic Nursing Science*, 10(2), 82-88.
- Robinson, M., & Magnusen, J. M. (2023). Developing servant leadership through experience and practice: A case study in service learning. *Behavioral Science*, 14(2), 1-15.
- Zada, S., Khan, J., Saeed, I. Jun, Y. Z., Munoz, V. A., & , Barraza, C. N. (2022). Servant leadership behavior at the workplace and knowledge hoarding: A moderation mediation examination. *Frontiers in Psychology*, 13(4), 1-12.

ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา ในผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา

The Effects of an Online Motivational Enhancement Therapy Program on Drinking Behavior among Patients with Alcohol Use Disorder

กัลยา นามโนรินทร์^{1*}, ھرษา เศรษฐบุปผา², ชาลินี สุวรรณยศ²

Kanlaya Namnorin^{1*}, Hunsu Sethabouppha², Chalinee Suvanayos²

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,

²สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹Master of Nursing Science student in Psychiatric and Mental Health Nursing,
Faculty of Nursing, Chiang Mai University,

²Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

(Received: May 27, 2025; Revised: August 21, 2025; Accepted: August 28, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสอบกลุ่มวัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติจากการใช้สุราที่จำหน่ายกลับบ้านจากการเข้ารับการบำบัดสุราในโรงพยาบาลโนนสะอาด จำนวน 36 คน สุ่มเข้าเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา และ 4) โปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา ในผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา มีการดำเนินกิจกรรมบำบัดออนไลน์ทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 30 - 45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ และติดตามผลหลังการบำบัด 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าทีชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ไม่ดื่มในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักไม่แตกต่างกัน

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ไม่ดื่มในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมบำบัดออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมการดื่ม และสามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวทางการบำบัดและการวิจัยต่อยอด เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและสอดคล้องกับบริบททางสังคมปัจจุบัน

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์ การเสริมสร้างแรงจูงใจ พฤติกรรมการดื่ม ความผิดปกติจากการดื่มสุรา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: oiank@hotmail.com)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of an online motivational enhancement therapy (MET) program on drinking behaviors among patients with alcohol use disorder (AUD). The participants were 36 patients diagnosed with AUD who had been discharged after receiving inpatient alcohol treatment at Non Sa-at Hospital, in the Province of Udon Thani. Patients were randomly assigned to either the experimental or control group. The research instruments included 1) an alcohol withdrawal assessment form, 2) a personal information questionnaire, 3) an alcohol drinking behavior assessment form, and 4) the online motivational enhancement therapy program for individuals with AUD. The program consisted of five online therapy sessions, each lasting 30–45 minutes, conducted once a week for five consecutive weeks, with a one-month follow-up assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-tests, and one-way repeated measures ANOVA. The results were as follows.

1. In the experimental group, the mean percentage of non-drinking days—both immediately after the intervention and at the one-month follow-up—was significantly higher than that of the control group receiving routine nursing care (p -value < .001). However, there was no significant difference in the mean percentage of heavy-drinking days between the two groups.

2. Within the experimental group, the mean percentage of heavy-drinking days after the intervention and at the one-month follow-up was significantly lower than before the intervention (p -value < .01), while the mean percentage of non-drinking days was significantly higher (p -value < .001).

These results indicate that the online motivational enhancement therapy program can reduce drinking behaviors among individuals with alcohol use disorder. The results can serve as empirical evidence for developing treatment guidelines and future research to create care models that better address patient needs and align with the current social context.

Keywords: Online Therapy Program, Motivational Enhancement, Drinking Behavior, Alcohol Use Disorder

บทนำ

พฤติกรรม การดื่มสุรานั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการดื่มสุราประมาณ 3 ล้านคน โดยสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย และโรคเรื้อรังหลายชนิดที่มีความเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา เช่น โรคทางเดินอาหาร โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง (สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2563) สำหรับประเทศไทย ผลสำรวจปี 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 16 ล้านคน หรือเกือบหนึ่งในสามของประชากรทั้งหมด 57 ล้านคน มีพฤติกรรมดื่มสุราในรอบปีที่ผ่านมา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ขณะเดียวกัน ข้อมูลจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) พบว่าระหว่างปี 2563 – 2565 มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สุราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอัตราการกลับมารักษาซ้ำสูงถึงร้อยละ 46.06, 44.84 และ 38.31 ตามลำดับ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดของกระบวนการบำบัดรักษาที่ไม่สามารถป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยในประเทศไทยที่ระบุว่า ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการกลับมาใช้ซ้ำ หากขาดการเสริมสร้างพลังอำนาจและการควบคุมตนเอง (Self-efficacy) (บุบผา บุญญามณี, อรรวรณ หนูแก้ว, 2567) ดังนั้น ปัจจัยดังกล่าวอาจเป็นองค์ประกอบสำคัญ

ที่ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา รวมถึงความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการดื่มสุรา ยังคงอยู่ในระดับสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ความผิดปกติจากการใช้สุราระดับรุนแรงเป็นภาวะที่เกิดจากการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง จนส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิต ชีวิตประจำวัน และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดย American Psychiatric Association (2022) ได้กำหนดเกณฑ์วินิจฉัยในคู่มือ DSM-5-TR โดยระบุว่า ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรารุนแรงมักเผชิญปัญหาทั้งด้านสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวและสถานที่ทำงานที่ลดลง ตลอดจนผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ (สุกัญญา สมะต่อเล้า, 2565) การบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านยาและจิตสังคมสามารถช่วยลดผลกระทบเหล่านี้ได้ (ธัญพร บัวเหลือง, 2561) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยที่ผ่านกระบวนการถอนพิษสุราและกลับสู่ชุมชนมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีอัตราการกลับไปดื่มซ้ำสูง เพราะความตั้งใจในการเลิกดื่มที่ไม่มั่นคง (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2565) งานวิจัยก่อนหน้านี้ชี้ให้เห็นว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา เนื่องจากสามารถเพิ่มความตั้งใจในการเลิกดื่ม ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีอัตราการอยู่ครบโปรแกรมสูง (Olgac Zielinska, Saunt, Painter, Ding, Hussey, et al., 2024) นอกจากนี้ยังใช้จำนวนครั้งการบำบัดที่น้อยและง่ายต่อการประยุกต์ใช้ในแต่ละบริบท (Perula-Jimenez, Romero-Rodriguez, Fernandez-Garcia, Parras-Rejano, Carmona-Casado, Rich-Ruiz, et al., 2024) จึงเหมาะสมต่อการนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยหลังการถอนพิษสุราในชุมชน

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) เป็นแนวทางการรักษาที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยลดพฤติกรรมการดื่มสุรา (Kumar, Srivastava, Srivastava, Yadav, & Prakash, 2021) โดยมุ่งเน้นการกระตุ้นแรงจูงใจภายในของผู้รับการบำบัด ผ่านกระบวนการจัดการความลังเลใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Priyamvada, Ranjan, Chaudhury, Patil, 2024) แนวทางนี้พัฒนาขึ้นโดย Miller, Rollnick (1991) โดยอิงจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska, DiClemente (1982) อย่างไรก็ตาม เพื่อเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการบำบัดได้สะดวกมากขึ้น การประยุกต์ใช้ในรูปแบบออนไลน์จึงมีความสำคัญ เนื่องจากสามารถลดอุปสรรคด้านเวลา สถานที่ และยังช่วยลดผลกระทบจากการตีตราทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการกลับไปดื่มซ้ำของผู้ป่วย (นรากร สารีหลัก, กันตวิทย์ จูเปรมปรี, กัลยา มั่นล้วน, 2561) อีกทั้งองค์การอนามัยโลกยังสนับสนุนการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการดูแลสุขภาพจิต (World Health Organization, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดออนไลน์มีประสิทธิภาพในการลดการใช้สุราและสารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Schwinn, Schinke, Hopkins, Keller, Liu (2018) พบว่า โปรแกรมป้องกันการใช้สารเสพติดแบบออนไลน์สามารถเสริมสร้างทักษะการปฏิเสธแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในระยะสั้นและระยะติดตามผล 1 ปี ($p\text{-value} < .001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Norman, Cameron, Epton, Webb, Harris, Millings, et al. (2018) ที่ศึกษาการบำบัดออนไลน์แบบสั้นในกลุ่มนักศึกษาใหม่ของสหราชอาณาจักร โดยพบว่าผู้เข้าร่วมมีความตั้งใจที่จะหยุดดื่มเพิ่มขึ้น และลดพฤติกรรมการดื่มลงอย่างมีนัยสำคัญในช่วงติดตามผล 1 และ 6 เดือน ($p\text{-value} < .001$) รวมทั้งงานวิจัยของ Vangrunderbeek, Raveel, Mathei, Claeys, Aertgeerts, Bekkering (2022) ที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมบำบัดออนไลน์ 12 สัปดาห์สามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ทั้งแบบมีและไม่มีโค้ด

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่มีอยู่ส่วนใหญ่ยังเน้นการบำบัดออนไลน์ใน กลุ่มวัยรุ่นหรือนักศึกษา และใช้โปรแกรมเชิงป้องกันหรือการบำบัดระยะสั้นเป็นหลัก ขณะที่การประยุกต์ใช้ MET ในรูปแบบออนไลน์สำหรับผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราโดยตรง ยังมีงานวิจัยรองรับค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยที่ผู้ป่วยยังคงเผชิญกับอุปสรรคจากการตีตราทางสังคมและการเข้าถึงบริการบำบัดที่ไม่ทั่วถึง ซึ่งถือเป็นช่องว่างทางความรู้ที่ควรได้รับการพัฒนาและศึกษาต่อไป

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราขึ้น โดยใช้แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ของ Miller และ Rollnick (1991)

ร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska , DiClemente (1982) มาเป็นฐานในการคิดโปรแกรมดังกล่าวมุ่งเน้นการกระตุ้นแรงจูงใจภายในและการตระหนักรู้ในตนเอง ตลอดจนการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้จริง อันจะช่วยลดโอกาสในการกลับไปดื่มซ้ำ ลดผลกระทบเชิงลบจากการถูกตีตราทางสังคม และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังการกลับคืนสู่ชุมชน อีกทั้งการพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบออนไลน์ยังสอดคล้องกับแนวโน้มการบำบัดสมัยใหม่ ที่ให้ความสำคัญกับความสะดวกในการเข้าถึง การใช้งานง่าย และการได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในสภาพแวดล้อมจริงของผู้เข้ารับการบำบัด

วัตถุประสงค์วิจัย

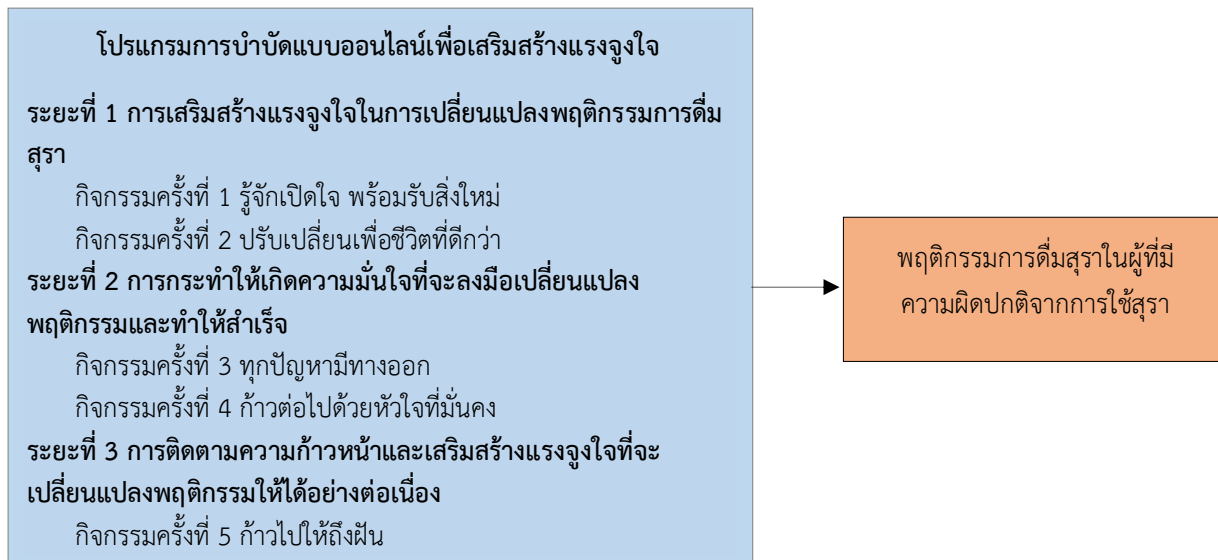
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกัน
2. ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) ของ Miller, Rollnick (1991) ร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) ของ Prochaska , DiClemente (1982) โดยยึดผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) ลดความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลง และส่งเสริมศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างยั่งยืน โปรแกรมถูกออกแบบในรูปแบบแอปพลิเคชันออนไลน์ (Web Application) โดยใช้กระบวนการตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) เพื่อให้เครื่องมือสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของกลุ่มเป้าหมายโดยโครงสร้างของกิจกรรมบำบัดในแอปพลิเคชัน ประกอบด้วย ระยะที่ 1: การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระยะที่ 2: การกระทำให้เกิดความมั่นใจที่จะลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทำให้สำเร็จ และระยะที่ 3 การติดตามความก้าวหน้าและเสริมสร้างแรงจูงใจให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง จัดขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 5 สัปดาห์ ดำเนินการประเมินผลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ภายหลังการทดลอง ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามลำดับขั้นตอนของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ การตระหนักรู้ การตัดสินใจ การลงมือเปลี่ยนแปลง และการรักษาพฤติกรรมใหม่ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของ MET ในการช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมนี้อาจก้าวผ่านแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผล 3 ครั้ง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง (Two Groups Pretest-posttest and Follow-up Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา (Alcohol Use Disorders) ได้แก่ F10.1 Alcohol harmful use และ F10.2 Alcohol Dependence ที่จำหน่ายกลับบ้านจากการเข้ารับการบำบัดสุราและมาบำบัดที่คลินิกบำบัดสุราของโรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติจากการใช้สุราที่จำหน่ายกลับบ้านจากการเข้ารับการบำบัดสุราและมาบำบัดที่คลินิกบำบัดสุราในโรงพยาบาลโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุ 20 - 59 ปี 2) ได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเลิกสุราของโรงพยาบาลครบถ้วนแล้ว และมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) อยู่ในขั้นลังเลใจ (Contemplation) จากการประเมิน โดยใช้แบบประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 3-5 คะแนน 3) มีโทรศัพท์มือถือ สัญญาณอินเทอร์เน็ตและมีทักษะในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line Application) 4) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ และ 5) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) อยู่ในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดสุราอื่น 2) มีโรคร่วมทางจิตเวชจากการวินิจฉัยของจิตแพทย์ ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า หรือโรคอารมณ์สองขั้ว และ 3) มีโรคร่วมทางกาย ได้แก่ โรคลมชัก หรือโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Discontinuation Criteria) ได้แก่ 1) มีอาการทางจิตเวชและเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลระหว่างการบำบัด 2) ไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจออนไลน์ครบทุกครั้ง

ในการวิจัยนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการทางจิตเวชและเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลระหว่างการบำบัด และกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจออนไลน์ครบทุกครั้ง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ใช้โปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, Buchner, 2007) โดยเลือก Test family เป็น F-tests และ Statistical test เป็น ANOVA: Repeated measures, within

factors กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ .25 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ นุชณี เอี่ยมสะอาด (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความสนใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ทดลองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยฉบับนี้ ทั้งนี้ Cohen (1988) ได้เสนอว่า การวิจัยที่ใช้กลุ่มตัวอย่างแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent Groups) สามารถกำหนดค่าขนาดอิทธิพลได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงสูง สำหรับการวิเคราะห์ในครั้งนี้ กำหนดจำนวนการวัด (Number of Measurements) เท่ากับ 3 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ผลการคำนวณจากโปรแกรมพบว่าจำเป็นต้องมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 14 คน เพื่อป้องกันปัญหาการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือการถอนตัว จากการเข้าร่วมวิจัยก่อนสิ้นสุดการศึกษา (Dropout) ตามข้อเสนอของ อรุณ จิรวัดนกุล (2558) ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 20 หรือเพิ่มกลุ่มละ 4 คน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีกลุ่มละ 18 คน รวมทั้งสิ้น 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revise: CIWA-Ar) (Sullivan, Sykora, Schneiderman, Naranjo, Sellers, 1989) เป็นแบบประเมินอาการถอนพิษสุราที่มีข้อคำถามในการวัดอาการต่าง ๆ 10 อาการ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการสั่น เหงื่อออกมาก กระสับกระส่าย วิดุกังวล ปวดศีรษะ อาการประสาทหลอนทางหู อาการประสาทหลอนทางผิวหนัง อาการประสาทหลอนทางตา และความผิดปกติด้านการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล โดยแต่ละอาการจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 7 คะแนน ยกเว้นความผิดปกติทางการรับรู้ที่มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 4 คะแนน โดยคะแนนรวมสูงสุด ที่จะเป็นไปได้คือ 67 คะแนน ซึ่งระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ในการศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 หมายถึง มีอาการถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งเป็นข้อพิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ อายุเมื่อเริ่มดื่มสุราครั้งแรก ชนิดของสุราที่ดื่มส่วนใหญ่

1.3 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นเครื่องมือในการประเมินติดตามการดื่มรายบุคคลในผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่คลินิกบำบัดสุรา ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (พิชัย แสงชาญชัย, ดร.ณิ ภูขาว, สังวร สมบัติใหม่, ณัฐนาฏ สระอุบล, สายรัตน์ นกน้อย, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2553) ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับชนิดของสุราที่ดื่ม ปริมาณการดื่มเฉลี่ยต่อวันตามชนิดของสุราที่ดื่ม และคิดค่าคะแนน ปริมาณการดื่มคิดเทียบเคียงหน่วยดื่มมาตรฐาน โดยหนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐานเท่ากับ 10 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ และจำแนกตามชนิดสุราที่ผู้ป่วยใช้ ความถี่ในการดื่ม สถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่ม วิธีการแก้ปัญหา แรงจูงใจในการเลิกสุรา จำนวนวันในช่วงติดตามโดยครั้งแรกคิด 30 วัน ครั้งต่อไปนับจากวันที่เริ่มทำการบำบัด จำนวนวันที่ดื่มหนักในช่วงติดตาม (Percent Heavy Drinking Day) คำนวณโดย จำนวนวันที่ดื่มหนักในช่วงติดตามหารด้วยจำนวนวันในช่วงที่ติดตาม คูณด้วย 100 และจำนวนวันไม่ดื่มในช่วงที่ติดตาม (Percent Abstinence day) คำนวณโดยจำนวนวันที่ไม่ดื่มในช่วงติดตามหารด้วยจำนวนวันในช่วงที่ติดตาม คูณด้วย 100 ผลลัพธ์ที่ออกมาจะเป็นพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย นำมาหาความเชื่อมั่นโดยวิธี Test-retest แล้วนำมาคำนวณหาความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick (1991) และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) ของ Prochaska และ DiClemente

(1982) มาเป็นฐานในการคิด โดยโปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการดำเนินกิจกรรมแบบรายบุคคลผ่านช่องทางสื่อออนไลน์ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์เว็บแอปพลิเคชันตาม แนวคิดทฤษฎีการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) โดยมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายเป็นศูนย์กลาง แบ่งระยะของการบำบัดออกเป็น 3 ระยะ คือระยะที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราประกอบด้วยกิจกรรมครั้งที่ 1 “รู้จักเปิดใจ พร้อมรับสิ่งใหม่” และกิจกรรมครั้งที่ 2 “ปรับเปลี่ยนเพื่อชีวิตที่ดีกว่า” ระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความมั่นใจที่จะลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทำให้สำเร็จ ประกอบด้วยกิจกรรมครั้งที่ 3 “ทุกปัญหามีทางออก” กิจกรรมครั้งที่ 4 “ก้าวต่อไปด้วยหัวใจที่มั่นคง” และระยะที่ 3 การติดตามความก้าวหน้าและเสริมสร้างแรงจูงใจให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยกิจกรรมครั้งที่ 5 “ก้าวไปให้ถึงฝัน”

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) ของโปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ซึ่งครอบคลุมสาขาที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านคอมพิวเตอร์ 1 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้น จึงนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา
2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย โดยใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (Test – retest Method) ซึ่งเป็นการประเมินแบบเดิมกับกลุ่มตัวอย่างเดิม จำนวน 2 ครั้ง โดยเว้นระยะห่างระหว่างการประเมินครั้งแรกและครั้งที่สองเป็นระยะเวลา 7 วัน จากนั้นนำผลคะแนนจากทั้งสองครั้งมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) ได้ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ $r = 0.97$ แสดงให้เห็นถึงระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือในระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนสะอาด เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนัดหมายเวลาและเข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาลโรงพยาบาลโนนสะอาด เพื่อประสานงานในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่จะศึกษา
3. ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตและความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเลือกโดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวได้โดยไม่ก่อให้เกิดผลเสียใด ๆ ตลอดจนมาตรการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาความลับตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมได้ลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร
4. ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้วิธีการจับคู่เหมือน (Matched Pair) ซึ่งเป็นการจัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีลักษณะสำคัญที่สอดคล้องกัน ได้แก่ เพศ และขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อควบคุมความแปรปรวนที่อาจเกิดจากปัจจัยดังกล่าว โดยทำการจัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไปพร้อมกันเป็นคู่ ๆ เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันมากที่สุด
5. ฝึกอบรมการใช้เครื่องก่อนทำการเก็บข้อมูลจริง เพื่อแนะนำวิธีการใช้งานเว็บแอปพลิเคชันในการบำบัดและทดสอบการใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำการลงทะเบียนเพื่อเข้าใช้งานบนเว็บแอปพลิเคชัน ทดลองทำแบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (CIWA) แบบประเมินแรงจูงใจ แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อให้ทราบถึงปัญหาจากการใช้งานจริงและแก้ไขปัญหาพร้อมกัน

ขั้นตอน การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567

กลุ่มทดลอง

6. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยทุกกิจกรรมจะดำเนินการผ่านที่เว็บไซต์แอปพลิเคชัน ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 - 45 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 5 สัปดาห์ กิจกรรมที่บรรจุในเว็บไซต์แอปพลิเคชันถูกออกแบบในลักษณะคล้ายเกมออนไลน์ โดยผู้เข้าร่วมต้องทำกิจกรรมให้สำเร็จในแต่ละ “ด่าน” เพื่อปลดล็อกและเข้าสู่ด่านถัดไป จนถึงด่านสุดท้ายซึ่งเป็นเป้าหมายหลัก คือการลดหรือเลิกติ่มสุรา ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมสามารถย้อนกลับไปทบทวนกิจกรรมในด่านก่อนหน้าได้ตามความต้องการ กิจกรรมในแต่ละด่านมีความหลากหลายเพื่อสร้างความสนใจและคงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการมีส่วนร่วม ระบบการดำเนินกิจกรรมมีการ “ล็อกเวลา” โดยแต่ละด่านจะเปิดให้ทำได้สัปดาห์ละหนึ่งครั้ง เพื่อควบคุมความต่อเนื่องและการปรับพฤติกรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไป นอกจากนี้ มีการติดตามการเข้าร่วมกิจกรรมผ่านระบบเว็บไซต์แอปพลิเคชันเป็นรายสัปดาห์ และมีการส่งข้อความแจ้งเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมปฏิบัติตามกิจกรรมตามแผนการวิจัยอย่างสม่ำเสมอ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 “รู้จักเปิดใจ พร้อมรับสิ่งใหม่” มุ่งสร้างความตระหนักรู้และแรงจูงใจของผู้เข้าร่วม โดยเริ่มจากการทำแบบสอบถามออนไลน์เพื่อประเมินแรงจูงใจ พร้อมรับข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) เพื่อเข้าใจสถานะการติ่มของตนเอง จากนั้นเรียนรู้ผ่านคลิปความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของสุราต่อสมอง และตอบคำถามสะท้อนตนเอง นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของการติ่มและการหยุดติ่ม เพื่อมองเห็นผลลัพธ์อย่างรอบด้าน จากนั้นผู้เข้าร่วมได้รับเอกสารประกอบ “ถึงไม่เมา...เหล้าก็ทำร้ายคุณได้” เพื่อเสริมความเข้าใจเรื่องโทษของสุรา และทำกิจกรรมได้รับมอบหมายการบ้านให้เขียนความเรียงสะท้อนตนเองเรื่อง “การตั้งคำถามกับตนเองเกี่ยวกับเป้าหมายชีวิต” เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของการวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติ่มในระยะต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 “ปรับเปลี่ยนเพื่อชีวิตที่ดีกว่า” กิจกรรมนี้มุ่งเสริมสร้างแรงจูงใจและกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการเลิกติ่มสุรา ผ่านการทำแบบฝึกหัดออนไลน์ที่ผู้เข้าร่วมได้ฝึกกระตือรือร้นความคิด วางแผน และเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม โดยเริ่มจากกิจกรรม “ช่วยน้องเลิกเหล้า” เพื่อฝึกแก้ไขสถานการณ์จำลอง และ “สิ่งดี ๆ เมื่อเลิกเหล้า” เพื่อกระตุ้นการตระหนักถึงผลลัพธ์เชิงบวกของการเลิกติ่ม ต่อมาผู้เข้าร่วมได้รับชมสื่อวิดีโอเกี่ยวกับประโยชน์ด้านสุขภาพ ครอบครัว และการเงิน พร้อมตอบคำถามสะท้อนระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังได้ศึกษาเอกสารความรู้เรื่อง “10 วิธีเลิกเหล้า” และเลือกแนวทางที่เหมาะสมเพื่อนำไปจัดทำแผนเลิกสุรด้วยตนเอง กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้เข้าร่วมเกิดความตระหนักรู้ เข้าใจคุณค่า และมีแรงจูงใจมากขึ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมติ่มสุรา เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การบำบัดในครั้งถัดไป

กิจกรรมครั้งที่ 3 “ทุกปัญหามีทางออก” กิจกรรมครั้งนี้มุ่งเน้นให้ผู้รับการบำบัดวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคจากสถานการณ์จริงของตนเอง พร้อมเลือกกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาที่เหมาะสม โดยผู้เข้าร่วมวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคส่วนบุคคล พร้อมเลือกกลยุทธ์และบันทึกแผนรับมือผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ ศึกษาตัวกระตุ้นและวงจรอาการอยากสุรา รับชมคลิปตัวอย่างบุคคลต้นแบบเลิกสุราได้สำเร็จ และประเมินความสามารถในการจัดการอาการอยากสุราผ่านคำถามแบบเลือกตอบ เพื่อเสริมแรงจูงใจและพัฒนากลยุทธ์รับมืออย่างเหมาะสม กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงตัวกระตุ้นและอุปสรรคส่วนบุคคล พร้อมพัฒนากลยุทธ์รับมืออาการอยากสุรา และเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุราอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 4 “ก้าวต่อไปด้วยหัวใจที่มั่นคง” กิจกรรมนี้มุ่งเน้นการเสริมสร้างความตระหนักรู้และการยืนยันความมุ่งมั่นของผู้เข้าร่วมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติ่มสุรา โดยให้ผู้เข้าร่วมระบุปัญหาและอุปสรรคที่พบหลังเริ่มปรับพฤติกรรมติ่มสุรา จากนั้นรับชมสื่อให้กำลังใจ และฝึกสร้างกำลังใจตนเองผ่านการกล่าวข้อความใจใจ เช่น “ฉันทำได้” และ “ฉันสามารถเลิกเหล้าได้” นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมยังได้เรียนรู้กลยุทธ์การจัดการเมื่อเกิดการติ่มซ้ำ รวมถึงวิธีการปฏิเสธการติ่มในสถานการณ์เสี่ยง อีกทั้งมีการส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมแสดงเจตนาารมณ์ต่อครอบครัวหรือเพื่อนที่ไม่ติ่มสุรา เพื่อเป็นการเสริมแรงทางสังคม และสนับสนุนความต่อเนื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 5 “ก้าวไปให้ถึงฝัน” มุ่งเน้นการติดตามและประเมินความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยให้ผู้รับการบำบัดสะท้อนเหตุผลและแรงจูงใจในการเลิกดื่มผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ เพื่อยืนยันความมั่นคงทางแรงจูงใจ จากนั้นทำกิจกรรมตอบคำถามเกี่ยวกับวิธีเผชิญสถานการณ์เสี่ยงและแนวทางป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ จากนั้นผู้รับการบำบัดจะได้รับใบความรู้เรื่อง การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (Relapse Prevention) และสื่อวิดีโอประกอบเทคนิคการเลิกสุรา เช่น การกำหนดเป้าหมาย การสร้างกิจกรรมทดแทน การควบคุมตนเอง และการปฏิเสธการดื่มอย่างเหมาะสม พร้อมทำแบบประเมินตนเอง ซึ่งระบบให้ข้อมูลสะท้อนกลับตามระดับคำตอบ และช่วงท้าย ผู้รับการบำบัดแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงโปรแกรม พร้อมทำการประเมินพฤติกรรมการดื่มออนไลน์หลังสิ้นสุดกิจกรรมทันที และระบบแจ้งเตือนเพื่อติดตามผลใน 4 สัปดาห์ถัดไป

กลุ่มควบคุม

7. กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล โดยการนัดพบแพทย์ประจำคลินิกจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลหลังจำหน่าย 1 เดือน ได้รับการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา การรับประทานยา พูดคุยเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและการกลับไปใช้ชีวิตในสังคม โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งจะดำเนินการเก็บข้อมูล 3 ครั้ง คือ ระยะเวลาการทดลอง เก็บข้อมูลวันที่ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการบำบัดเลิกสุราครั้งสุดท้ายที่โรงพยาบาล ระยะเวลาหลังการบำบัด เก็บข้อมูลในวันที่ผู้ป่วยมาติดตามอาการหลังบำบัดครบ 1 เดือน และระยะติดตามผล 1 เดือน เก็บข้อมูลห่างจากระยะเวลาหลังการบำบัด 1 เดือน

ขั้นหลังการทดลอง

8. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราหลังการบำบัดสิ้นสุด 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลักษณะของข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ Chi-square Test หรือ Fisher's Exact Test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ในระยะก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov ผลการทดสอบพบว่าข้อมูลทั้งหมดมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ($p\text{-value} > .05$) ดังนั้นจึงใช้สถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากการ (Independent T-test)

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราภายในกลุ่มทดลอง มีการวัดซ้ำ 3 ครั้ง ได้แก่ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติ One-way Repeated Measure ANOVA ทดสอบคู่ภายในกลุ่มทดลองด้วยวิธี Bonferroni ทั้งนี้ก่อนที่ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติดังกล่าว ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ดังนี้

4.1 ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov ผลการทดสอบพบว่าข้อมูลทั้งหมดมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ($p\text{-value} > .05$)

4.2 ทดสอบความแปรปรวนของข้อมูลโดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericity พบว่าค่าเบี่ยงเบนในแต่ละระยะมีความแปรปรวนแตกต่างกัน ($p\text{-value} < .001$) ผู้วิจัยเลือกอ่านผลการทดสอบใน Test of within Subject Effect ตรงค่า Greenhouse-Geisser

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 062/2567 ลงวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละและเปรียบเทียบความแตกต่างด้านข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 18)		กลุ่มควบคุม (n = 18)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					1.00 ^b
ชาย	16	88.89	16	88.89	
หญิง	2	11.11	2	11.11	
อายุ					0.139 ^a
20 – 30 ปี	4	22.22	2	11.11	
31 – 40 ปี	10	55.56	9	50.00	
41 – 50 ปี	2	11.11	7	38.89	
51 – 59 ปี	2	11.11	0	0	
สถานภาพสมรส					0.095 ^a
โสด	6	33.33	11	61.11	
แต่งงาน	12	66.67	7	38.89	
หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	-	-	-	-	
ระดับการศึกษา					0.355 ^a
ประถมศึกษา	-	-	1	5.56	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	11.11	4	22.22	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	44.45	7	38.89	
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	2	11.11	4	22.22	
ปริญญาตรี	6	33.33	2	11.11	
อาชีพ					0.592 ^b
รับจ้างทั่วไป	8	44.44	8	44.44	
เกษตรกร	1	5.56	4	22.22	
พนักงานบริษัท	6	33.33	3	16.67	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	11.11	1	5.56	
ค้าขาย/กิจการส่วนตัว	1	5.56	2	11.11	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					0.124 ^a
ไม่เกิน 5,000 บาท	-	-	-	-	
5,001 – 10,000 บาท	6	33.33	6	33.33	
10,001 – 15,000 บาท	4	22.22	4	22.22	
15,001 – 20,000 บาท	2	11.12	4	22.22	
20,001 – 25,000 บาท	-	-	3	16.67	
25,001 บาทขึ้นไป	6	33.33	1	5.56	

^a Chi-Square test, ^b Fisher's exact test

1.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 88.89) และมีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี (ร้อยละ 55.56 และ 50.00 ตามลำดับ) ในด้านสถานภาพสมรส กลุ่มทดลองส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว (ร้อยละ 66.67) ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่โสด (ร้อยละ 61.11) ส่วนระดับการศึกษาทั้งสองกลุ่มอยู่ที่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 44.45 และ 38.89) และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ

44.44) มีรายได้เฉลี่ย 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 33.33) เท่ากันทั้งสองกลุ่ม เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-Square Test และ Fisher's Exact Test พบว่า เพศ ($p\text{-value} = 1.00$) อายุ ($p\text{-value} = .139$) สถานภาพสมรส ($p\text{-value} = .095$) ระดับการศึกษา ($p\text{-value} = .355$) อาชีพ ($p\text{-value} = .592$) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($p\text{-value} = .124$) ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

1.2 ประวัติการติ่มสุรา พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เริ่มติ่มสุราครั้งแรกตั้งแต่อายุ 15 – 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 88.89 ตามลำดับ ชนิดของสุราที่ดื่มส่วนใหญ่ คือ เบียร์และเหล้าขาว 40 ดีกรี โดยในกลุ่มทดลองมีร้อยละ 66.67 และ 33.33 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มควบคุมมีร้อยละ 50.00 และ 38.89 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-Square Test และ Fisher's Exact Test พบว่า อายุที่เริ่มติ่มสุราครั้งแรก ($p\text{-value} = .259$) ชนิดของสุราที่ดื่มส่วนใหญ่ ($p\text{-value} = .286$) และปัญหาสุขภาพที่พบร่วมของทั้งสองกลุ่ม ($p\text{-value} = 1.00$) ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการติ่มสุราของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณการติ่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบสถิติ Independent Samples T Test

จำนวนวันที่ไม่ดื่ม	กลุ่มทดลอง (n = 18)		กลุ่มควบคุม (n = 18)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ระยะก่อนการทดลอง	64.44	25.12	59.07	35.06	-.528	.601
ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที	87.93	11.74	43.25	25.11	-6.837	<.001*
ระยะติดตามผล 1 เดือน	88.13	11.72	42.06	26.05	-6.842	<.001*

* $p\text{-value} < .001$

จากตาราง 2 ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ไม่ดื่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วนในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ไม่ดื่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ไม่ดื่มมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวมโดยใช้สถิติ Two- way Repeated Measure ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($F = 1.882, p\text{-value} = .179$) แต่หากพิจารณาปริมาณการติ่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการทดสอบค่าที (T Test) ในทั้งสามช่วงเวลา พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณการติ่มในช่วงติดตามของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบสถิติ Independent Samples T Test

ค่าเฉลี่ยร้อยละปริมาณการดื่ม	กลุ่มทดลอง (n = 18)		กลุ่มควบคุม (n = 18)		t	p-value
ปริมาณการดื่ม	M	SD	M	SD		
ระยะก่อนการทดลอง	3.61	2.15	4.59	3.03	1.121	.270
ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที	3.05	2.43	4.49	3.05	1.548	.131
ระยะติดตามผล 1 เดือน	1.77	1.80	4.45	3.40	2.952	.006*

*p-value < .01

จากตาราง 3 พบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที มีค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มมาตรฐานไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วนในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มทดลองที่มีค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มมาตรฐานน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง

ตาราง 4 วิเคราะห์ความแปรปรวนค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักและร้อยละจำนวนวันที่ไม่ดื่มของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สุรา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้โดยวิธีสถิติ One-way Repeated Measure ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนัก					
กลุ่มทดลอง					
ภายในกลุ่ม	1735.802	1.065	867.901	10.358	.004*
ความคลาดเคลื่อน	2848.740	18.098	157.407		
กลุ่มควบคุม					
ภายในกลุ่ม	289.867	1.025	282.763	1.451	.245
ความคลาดเคลื่อน	3396.515	17.427	194.899		
ร้อยละจำนวนวันที่ไม่ดื่ม					
กลุ่มทดลอง					
ภายในกลุ่ม	6679.475	1.032	6473.124	19.426	<.001**
ความคลาดเคลื่อน	5845.248	17.542	333.216		
กลุ่มควบคุม					
ภายในกลุ่ม	3246.488	1.072	3027.434	5.384	.030
ความคลาดเคลื่อน	10251.386	18.230	256.334		

*p-value < .01, **p-value < .001

จากตาราง 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีอย่างน้อย 2 ค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value = .004) ส่วนค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักของกลุ่มควบคุมในแต่ละระยะไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ไม่ดื่มของผู้ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีอย่างน้อย 2 ค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p-value < .001)

(12/16)

ส่วนค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ไม่ดื่มของกลุ่มควบคุมในแต่ละระยะมีค่าไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 จึงได้ทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักและ ค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันที่ไม่ดื่ม ภายในกลุ่มทดลองด้วยวิธี Bonferroni พบว่า ร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักในระยะก่อนการทดลอง สูงกว่าทั้งระยะหลัง การทดลองสิ้นสุดทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ขณะเดียวกัน ร้อยละจำนวนวันที่ไม่ดื่มในระยะก่อนการทดลอง ต่ำกว่าทั้งระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ .01

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีประสิทธิผลอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติในการปรับลดพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยผู้เข้าร่วมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละ ของวันที่ดื่มหนัก ลดลง และค่าเฉลี่ยร้อยละของวันที่ไม่ดื่มเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง อีกทั้งยังพบว่าค่าเฉลี่ยร้อยละของ วันที่ไม่ดื่มในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าจำนวนวันที่ดื่มหนักระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อย่างชัดเจน แต่ปริมาณการดื่มเฉลี่ยต่อวันของกลุ่มทดลองกลับต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงการติดตามผลอย่างมี นัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณา ตามองค์ประกอบของโปรแกรมที่จัดเป็นลำดับขั้นทั้ง 3 ระยะ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ระยะที่ 1 มุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ผ่านกิจกรรม “รู้จักเปิดใจ พร้อมรับสิ่งใหม่” และ “ปรับเปลี่ยนเพื่อ ชีวิตที่ดีกว่า” มีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มสุราและการค้นหาคุณค่าใน ชีวิตผ่านสื่อวิดีโอ กิจกรรมสะท้อนตนเอง และแบบประเมินออนไลน์ กลไกเหล่านี้ช่วยกระตุ้นให้เกิดการทบทวน ภายใน (Self-reflection) และเสริมแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญต่อการตัดสินใจ เลิกดื่มสุรา

ระยะที่ 2 มุ่งเน้นการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ผ่านกิจกรรม “ทุกปัญหามีทางออก” และ “ก้าวต่อไปด้วย หัวใจที่มั่นคง” โดยใช้การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง การฝึกทักษะการปฏิเสธ และการวางแผนรับมือสถานการณ์ ตลอดจน การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลต้นแบบและวิดีโอสร้างแรงจูงใจ กลไกเหล่านี้ช่วยเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถ ของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์โดยตรงกับความต่อเนื่องในการลดและควบคุมพฤติกรรมการ ดื่มสุรา

ระยะที่ 3 คือ การติดตามและป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ ผ่านกิจกรรม “ก้าวไปให้ถึงฝัน” มีส่วนช่วยสร้าง ความคงอยู่ของแรงจูงใจและเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง ผ่านการประเมินความก้าวหน้า การฝึกทักษะการป้องกัน การกลับไปดื่มซ้ำ และการได้รับการเสริมแรงทางบวก ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา เป้าหมายและสามารถคงพฤติกรรมการลดหรือเลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของ โปรแกรม ได้แก่ 1) โครงสร้างการบำบัดที่ชัดเจนและเป็นลำดับขั้น ช่วยให้ผู้ใช้ร่วมค่อย ๆ พัฒนาทั้งแรงจูงใจ ความมั่นใจ และทักษะการคงอยู่ของพฤติกรรมใหม่ 2) การใช้สื่อดิจิทัลที่หลากหลายและมีปฏิสัมพันธ์ เช่น วิดีโอ แบบประเมินออนไลน์ และกิจกรรมเชิงโต้ตอบ ซึ่งกระตุ้นการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องและเอื้อต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง 3) การสะท้อนตนเองและการได้รับแรงเสริมทางบวก ที่ช่วยให้ผู้ใช้ร่วมเกิดการตระหนักรู้และสามารถรักษาแรงจูงใจ ได้ในระยะยาว 4) ความยืดหยุ่นและการเข้าถึงได้ง่ายของรูปแบบออนไลน์ ซึ่งลดข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ ทำให้ ผู้เข้าร่วมสามารถเข้าถึงโปรแกรมได้สะดวกและสม่ำเสมอ และ 5) การออกแบบโปรแกรมอิงกับแนวทางการบำบัดที่มี หลักฐานวิจัยรองรับ โดยเฉพาะการประยุกต์ใช้หลักการของ Motivational Enhancement Therapy (MET) ซึ่งเป็น ทฤษฎีที่มีความน่าเชื่อถือและได้รับการยืนยันจากงานวิจัยในระดับสากล

ผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับงานศึกษาที่ผ่านมา เช่น Schwinn, Schinke, Hopkins, Keller, Liu (2018); Norman, Cameron, Epton, Webb, Harris, Millings, et al. (2018) และ Vangrunderbeek, Raveel, Mathei, Claeys, Aertgeerts, Bekkering (2022) ที่ยืนยันศักยภาพของโปรแกรมออนไลน์ในการลดการใช้สุราและเพิ่ม แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง แม้จะดำเนินการในรูปแบบออนไลน์ แต่ผลลัพธ์กลับใกล้เคียงกับโปรแกรมแบบออนไซต์

ในด้านการเสริมแรงจิตใจ การเสริมทักษะในการจัดการสถานการณ์เสี่ยง และการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ สอดคล้องกับแนวโน้มการวิจัยที่มองว่าการบำบัดออนไลน์สามารถเป็นทางเลือกเสริมหรือทางเลือกทดแทนที่เข้าถึงง่าย ต้นทุนต่ำ และมีประสิทธิภาพไม่ด้อยกว่าการบำบัดแบบเผชิญหน้า

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมบำบัดออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงใจที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิผลเชิงประจักษ์ในการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา ส่งเสริมแรงใจภายใน และสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมรักษาพฤติกรรมการเลิกดื่มได้อย่างต่อเนื่อง โดยอิงหลักการ Motivational Enhancement Therapy (MET) ผลการศึกษายังสะท้อนศักยภาพของการบำบัดออนไลน์ในฐานะเครื่องมือทางคลินิกที่เข้าถึงง่าย ต้นทุนต่ำ และมีประสิทธิผลใกล้เคียงการบำบัดแบบเผชิญหน้า สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลที่เน้นการขยายการเข้าถึงและการใช้เทคโนโลยีอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปอาจพิจารณาขยายระยะเวลาการติดตามผลในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อศึกษาความคงทนของผลลัพธ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในระยะสิ้นสุดโปรแกรม
2. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมการบำบัดแบบออนไลน์เพื่อเสริมสร้างแรงใจไปปรับใช้ในงานวิจัยทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยสารเสพติด โดยคำนึงถึงความหลากหลายและความเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน
3. ในการศึกษาครั้งต่อไป อาจพิจารณาให้เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดื่มในรูปแบบปริมาณ (เช่น Standard Drink หรือ Daily Log) ควบคู่กับการประเมินด้านแรงใจ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและสามารถวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

- ฉันทพร บัวเหลือง. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงใจต่อความตั้งใจในการหยุดดื่มและพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ดื่มชายแบบเสี่ยง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต). มหาวิทยาลัยบูรพา. สืบค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2567 จาก <https://buuir.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/7859>
- นรากร สารีแท้, กันตวิญญู จูเปรมปรี, และกัลยา มั่นล้วน. (2561). トラバของผู้ป่วยติดสุรากับการเลือกปฏิบัติและสิทธิมนุษยชนในวิถีของชุมชน. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 33(6), 589-594.
- นุชณี เอี่ยมสะอาด. (2558). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุบผา บุญญามณี และอรรณพ หนูแก้ว. (2567). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 11(2), e267558.
- พิชัย แสงชาญชัย, ดร. ภูษา, สวรร สมบัติใหม่, ณัฐนาถ สระอุบล, สายรัตน์ นกน้อย และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: วนิดาการพิมพ์.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.). (2565). สถิติผู้ป่วยสุราทั้งหมด ประจำปีงบประมาณ 2561-2565. สืบค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2567 จาก http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3872&Itemid
- สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. (2563). รายงานผลการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. สืบค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2564 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1438820200823062406.pdf>

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. สืบค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2567 จาก http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาสุขภาพ/สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร/2564/report_2501_64.pdf=53
- สุกัญญา สมะดอเลื้อ. (2565). ปริมาณการดื่มสุราส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมอย่างไร?. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. สืบค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2567 จาก <https://cas.or.th/?p=9634>
- อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for The Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191.
- Kumar, S., Srivastava, M., Srivastava, M., Yadav, J. S., & Prakash, S. (2021). Effect of motivational enhancement therapy (MET) on the self-efficacy of individuals of alcohol dependence. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 367–372.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York, NY: Guilford Press.
- Norman, P., Cameron, D., Epton, T., Webb, T. L., Harris, P. R., Millings, A., et al. (2018). A randomized controlled trial of a brief online intervention to reduce alcohol consumption in new university students: Combining self-affirmation, theory of planned behaviour messages, and implementation intentions. *Journal of Health Psychology*, 23, 108–127.
- Olgac, T., Zielinska, E. K., Saunt, J. V., Painter, S., Ding, X., Hussey, D. L., et al. (2024). *Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy for The Treatment of Alcohol Use Disorders*. The Begun Center, Case Western Reserve University.
- Perula-Jimenez, C., Romero-Rodriguez, E., Fernandez-Garcia, J. A., Parras-Rejano, J. M., Carmona-Casado, A. B., Rich-Ruiz, M., et al. (2024). Effectiveness of a motivational interviewing-based intervention in decreasing risky alcohol use in primary care patients in Spain: A controlled clinical trial. *Healthcare*, 12(19), 1970. doi.org/10.3390/healthcare12191970
- Priyamvada, R., Ranjan, R., Chaudhury, S., & Patil, J. (2024). Effect of motivational enhancement therapy on the self-efficacy and locus of control of patients with alcohol dependence. *Industrial Psychiatry Journal*. doi.org/10.4103/ipj.ipj_150_24
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 390–395.
- Schwinn, T. M., Schinke, S. P., Hopkins, J., Keller, B., & Liu, X. (2018). An online drug abuse prevention program for adolescent girls: Posttest and 1-year outcomes. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(3), 490–500. doi.org/10.1007/s10964-017-0715-9
- Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A., & Sellers, E. M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Instrument for Alcohol Scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*, 84(11), 1353–1357.

- Vangrunderbeek, A., Raveel, A., Mathei, C., Claeys, H., Aertgeerts, B., & Bekkering, B. (2022). Effectiveness of guided and unguided online alcohol help: A real-life study. *Internet Interventions*, 28, 100523
- World Health Organization. (2019). *For Health System Strengthening*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *WHO Guideline: Recommendations on Digital Interventions for Health System Strengthening*. Geneva: World Health Organization.

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมพยาบาลตามเกณฑ์เวลาสำหรับการจัดบริการผู้ป่วย โรคไวรัสตับอักเสบซี ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง Nursing Services at a Tertiary Hospital for Outpatients with Hepatitis C: A Time-Driven and Activity-Based Cost Analysis

นพรัตน์ เนียมสุคนธ์สกุล¹, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย^{1*}
Nopparat Neamsukonsakool¹, Phechnoy Singchungchai^{1*}
¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
¹College of Nursing, Christian University

(Received: April 20, 2025; Revised: September 21, 2025; Accepted: November 11, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามเกณฑ์เวลาสำหรับการจัดบริการผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ประชากรได้แก่ 1) รายงานต้นทุนบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด 27 ราย และ 2) ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี ที่เข้ารับบริการ จำนวน 30 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือมีจำนวน 2 ชุด 9 กิจกรรมหลัก ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง แบบสังเกตเท่ากับ .92 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลการวิจัยพบว่า

1. ต้นทุนกิจกรรมพยาบาลตามเกณฑ์เวลาโดยรวม 9 กิจกรรมหลัก เท่ากับ 53,551.82 บาท
2. ต้นทุนกิจกรรมพยาบาลตามเกณฑ์เวลาต่อกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมตรวจสอบการได้รับยา โดยพยาบาลมีต้นทุนต่อกิจกรรม สูงสุด เท่ากับ 623.40 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมก่อนตรวจรักษา มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 509.81 บาท กิจกรรมบริหารจัดการและงานสนับสนุน มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 296.94 บาท กิจกรรมพยาบาลในระยะตรวจรักษา มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 105.20 บาท กิจกรรมพยาบาลสุศึกษาและป้องกันการติดต่อ มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 100.45 บาท กิจกรรมการพยาบาลกิจกรรมขณะรอตรวจรักษา มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 85.62 บาท กิจกรรมพยาบาลหลังตรวจรักษา มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 80.17 บาท กิจกรรมพยาบาลส่งตรวจพิเศษ มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 49.38 บาท และ กิจกรรมบัตร HCV มีต้นทุนต่อกิจกรรม น้อยที่สุด เท่ากับ 41.53 บาท

3. ต้นทุนกิจกรรมพยาบาลตามเกณฑ์เวลาต่อราย โดยรวม เท่ากับ 1,784.09 บาท

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการวิเคราะห์ต้นทุนตามเกณฑ์เวลาทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ของการบริหารต้นทุนที่สอดคล้องกับระยะเวลาการให้บริการทางการพยาบาล จำเป็นต้องนำองค์ความรู้ของการบริหารต้นทุนตามเกณฑ์เวลาไปใช้อย่างจริงจัง เพื่อช่วยให้องค์กรมีข้อมูลต้นทุนที่แท้จริงในการจัดบริการพยาบาลนำไปสู่การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการวางแผนการบริหารจัดการที่แม่นยำ นำไปสู่การจัดกิจกรรมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดบริการสุขภาพให้กับผู้รับบริการ

คำสำคัญ: วิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามเกณฑ์เวลา การจัดบริการพยาบาล โรคไวรัสตับอักเสบซี

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: professorphechnoy@gmail.com)

Abstract

This descriptive research aimed to determine and analyze the time-driven activity-based costs of nursing services for patients with hepatitis C in a tertiary hospital's outpatient department. The studied population, included in the nursing cost report, consisted of 27 nursing personnel and 30 patients with hepatitis C, receiving outpatient services, and selected through purposive sampling. The research instruments comprised two sets, covering nine main nursing activities, with a content validity index (CVI) of 1.00 as well as an observation form reliability coefficient of 0.92. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, and mean. The results showed that

1. The total nursing activity cost based on overall time criteria for 9 main activities is 53,551.82 Baht.

2. The nursing activity costs according to time criteria per activity are as follows: Drug administration verification activity by nurses has the highest cost per activity at 623.40 Baht. Pre-consultation activity has a cost per activity of 509.81 Baht. Administration and support activities have a cost per activity of 296.94 Baht. Nursing activities during examination and consultation have a cost per activity of 105.20 Baht. Nursing health education and infection prevention activities have a cost per activity of 100.45 Baht. Nursing activities during waiting for examination have a cost per activity of 85.62 Baht. Post-examination nursing activities have a cost per activity of 80.17 Baht. Special laboratory testing referral nursing activity has a cost per activity of 49.38 Baht. The HCV card activity has the lowest cost per activity of 41.53 Baht.

3. The total nursing activity cost per patient per visit according to time criteria is 1,784.09 Baht.

This study highlights that time-driven cost analysis provides empirical data that reflect the actual cost of nursing services relative to service duration. Applying time-driven cost management principles in nursing practice is essential to enable healthcare organizations to determine accurate service costs, enhance resource utilization efficiency, and improve precision in management planning. Ultimately, this contributes to more effective and efficient nursing activities and healthcare service delivery for patients.

Keywords: Time-Driven Activity-Based Cost Analysis, Nursing Service Management, Hepatitis C

บทนำ

ปัจจุบันโรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ประชากรมากกว่า 350 ล้านคนในโลกมีภาวะตับอักเสบบีเรื้อรังจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะตับแข็ง ตับวาย และมะเร็งตับได้ โดยในปี 2019 ประชากรโลก 1.1-2.6 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2021) เสียชีวิตด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องจากตับแข็งและมะเร็งตับ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) จึงได้กำหนดให้การป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบบีจากไวรัส สามารถกำจัดโรคตับอักเสบบีจากไวรัส (Elimination) ให้ได้ภายในปี 2030 (พ.ศ. 2573) โดยกำหนดให้ลดอุบัติการณ์ ผู้ติดเชื้อรายใหม่ลงร้อยละ 90 และลดอัตราการตายลงร้อยละ 65 เมื่อเทียบกับข้อมูลพื้นฐานปี 2558 และสถานการณ์ไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทยมีความชุกร้อยละ 0.39 พบมากที่สุดในกลุ่มประชากรอายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 1.69 กลุ่มประชากรอายุ มากกว่า 50 ปี ร้อยละ 0.93 กลุ่มประชากรอายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 0.13 ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ HIV infection, IVDU, general population ที่เกิดก่อนปี 2535, MSM, ESRD S/P HD, health

care worker ผู้ต้องขัง โดยประชากรในเขตสุขภาพที่ 5 มีประมาณ 4.2 ล้านคน ความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีอยู่ที่ประมาณ 4,000 คน โรงพยาบาลตติภูมิที่ศึกษา จึงได้จัดทำแนวทางการจัดบริการวินิจฉัยรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ปี 2566 - 2568 ได้ตั้งเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีต้องได้รับการประเมินและดูแลรักษาหายขาดได้ร้อยละ 90 ของจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายในจังหวัดราชบุรี 83,221 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) ซึ่งแยกพื้นที่รับผิดชอบเป็นเขตตำบลหน้าเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 11,161 ราย การจัดบริการกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งเป็นนโยบายใหม่ ที่องค์กรพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดกิจกรรมบริการพยาบาลให้กับผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี

สถิติยอดผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ปี พ.ศ.2563 ยอดผู้รับบริการ 71,540 ราย ปี พ.ศ. 2564 ยอดผู้รับบริการ 76,221 ราย ปีพ.ศ. 2565 ยอดผู้รับบริการ 85,308 ราย มีจำนวนผู้รับบริการในแผนกอายุรกรรมเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะยอดผู้รับบริการที่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี มีจำนวน 357 ราย (โรงพยาบาลตติภูมิที่ศึกษา, 2567) บุคลากรพยาบาลในแผนกต้องมีความรู้ความสามารถและมีความเชี่ยวชาญในการให้บริการ ประกอบกับการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยรายใหม่จำเป็นต้องให้เวลากับผู้รับบริการและญาติในการรับทราบข้อมูลสุขภาพและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง การให้บริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงมีการใช้ทรัพยากรอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ในสถานการณ์ที่ทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด (Goodman, 2009) ดังนั้น จึงเกิดการขาดแคลนทรัพยากร (Scare Resources) ในการจัดบริการกิจกรรมพยาบาล (Cleland, McKibbin, 1990) การจัดกิจกรรมการพยาบาลโรคไวรัสตับอักเสบบีในโรงพยาบาลตติภูมิที่ศึกษา ได้บูรณาการให้สอดคล้องมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก (สำนักการพยาบาล, 2550) มาประยุกต์ใช้ในการจัดบริการการพยาบาล และการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้รับบริการที่มีภาวะโรคเรื้อรัง (Patel, 2024) มีการบริหารต้นทุนให้สอดคล้องกับงบประมาณและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าคุ้มทุนในการจัดกิจกรรมการพยาบาล ในการคิดต้นทุนจึงใช้แนวคิดการคำนวณต้นทุนกิจกรรมตามเกณฑ์เวลา (Time-Driven Activity-Based-Costing-ABC หรือ TDABC) ของ แคปแลน และแอนดิสัน (Kaplan & Anderson, 2009) มีความแตกต่างจากแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม (Activity-Based-Costing: ABC) ของแคปแลน และคูเปอร์ (Kaplan, Cooper, 1998) ที่ TDABC ระบบต้นทุนกิจกรรมเกณฑ์เวลาแบบใหม่ ในการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดขึ้นใหม่ได้เร็ว ยืดหยุ่น เหมาะกับการจัดบริการพยาบาลที่ไม่ต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและแผนการรักษาของทีมสุขภาพและแพทย์ เนื่องจากผู้รับบริการอาจไม่จำเป็นต้องเข้ารับบริการทุกจุดบริการ ที่ระบุว่าการกิจกรรมที่ต้องใช้บุคลากรทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงจะมีค่าแรงที่มาก ค่าวัสดุอุปกรณ์รวมถึงระยะเวลาในการให้กิจกรรมการพยาบาล ถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการคิดต้นทุนกิจกรรม ถ้ากิจกรรมใดมีการใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมนาน จะส่งผลให้ต้นทุนมากขึ้นตามปริมาณการใช้ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนวัสดุ ซึ่งขึ้นกับการใช้ทรัพยากรที่แตกต่างกัน (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2559)

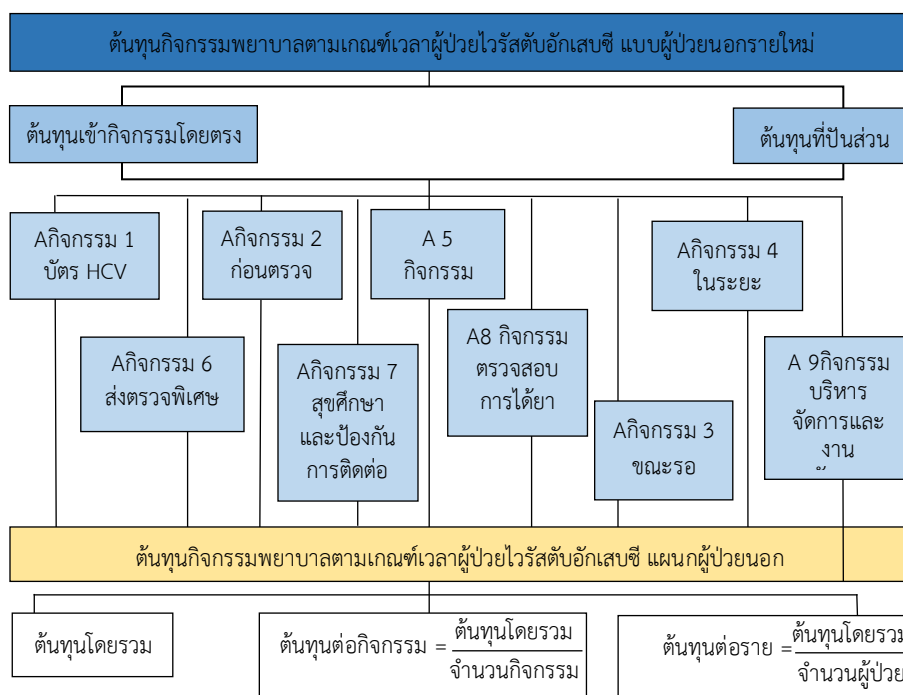
จากแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมตามเกณฑ์เวลา (Kaplan & Anderson, 2009) ที่ ซึ่งวิธีนี้จะใช้การแบ่งอัตราต้นทุนของทรัพยากรต่อเวลาลงไป สิ่งที่ต้องการจะคำนวณต้นทุนโดยอาศัยข้อมูลสองอย่าง คือ ต้นทุนของแต่ละกลุ่มทรัพยากร (Cost of Resource Group) และปริมาณความต้องการใช้ทรัพยากร เป็นตัวหลักต้นทุนหรือต้นทุนปันผลเป็นวิธีการที่ใช้งานง่ายและแม่นยำสำหรับการลดขั้นตอนกิจกรรมการพยาบาลที่ซ้ำซ้อนและอยู่ภายใต้การตัดสินใจในการให้การรักษาของแพทย์ การทบทวนได้สรุปข้อแตกต่างของ ABC และ TDABC ได้ข้อสรุปว่า หากเป็นองค์กรขนาดใหญ่ มีความซับซ้อน และใช้ในการประเมินทรัพยากรในอนาคตให้เลือกใช้การคำนวณแบบ TDABC จะเหมาะสมกว่าในการเตรียมความพร้อม ทางด้านการเงิน การคลังของระบบสุขภาพเมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่อในอนาคต (Achonu, Laporte, Gardam, 2005) เมื่อบูรณาการการให้การพยาบาลไวรัสตับอักเสบบีคิดกิจกรรมโดยรวมของสหวิชาชีพ การไปรับบริการแต่ละจุดบริการ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมพยาบาลตามเกณฑ์เวลาสำหรับการจัดบริการผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานใช้อ้างอิงในการกำหนดอัตราค่าบริการ การจัดการบริหารต้นทุน ควบคุมประสิทธิภาพการบริหาร งบประมาณและความเป็นธรรมในการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในคลินิกเฉพาะรายเฉพาะโรค

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมพยาบาลตามเกณฑ์เวลาโดยรวม 9 กิจกรรมหลัก สำหรับการจัดบริการผู้ป่วย โรคไวรัสตับอักเสบซี แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมพยาบาลตามเกณฑ์เวลาต่อกิจกรรม ในการจัดการบริการการพยาบาลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
3. เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมพยาบาลตามเกณฑ์เวลาต่อราย ในการจัดการบริการการพยาบาลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้การบูรณาการแนวคิดการคำนวณต้นทุนกิจกรรมตามเกณฑ์เวลา TDABC (Time-Driven Activity-Based-Costing-ABC) ของ แคปแลน และแอนดิสัน (Kaplan & Anderson, ร่วมกับการจัดการ (2009) บริการการพยาบาลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิ ตามมาตรฐานการจัดบริการการพยาบาลผู้ป่วยนอกของสำนักงานพยาบาล (2550) และแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี สมาคมโรคตับกระหวางสาธารณสุข (2565) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการจัดการบริการการพยาบาลตามเกณฑ์เวลา (Time-Driven Activity-Based-Costing-ABC หรือ TDABC) ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 เพื่อหาข้อมูลต้นทุนกิจกรรมการจัดการบริการการพยาบาลตามเกณฑ์เวลามาวางแผนการใช้ทรัพยากรและเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจของผู้บริหารเชิงนโยบาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. รายงานต้นทุนค่าแรงของบุคลากร ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุน และงานสถิติการบริการผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567

2. รายงานต้นทุนบุคลากรทางการแพทย์ที่ขึ้นปฏิบัติงานระหว่างการเก็บข้อมูล ทั้งหมด 27 ราย ข้อมูลจากฝ่ายบัญชีและการเงินของโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา

3. การจัดกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยการสังเกตการปฏิบัติการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่บุคลากรปฏิบัติการจัดกิจกรรมการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษาแห่งหนึ่งจำนวน 30 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีรายใหม่ ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งที่มีผลตรวจ HCV DNA : Positive

เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีรายใหม่ ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งที่มีผลตรวจ HCV DNA : Positive และ HBV : Positive

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลตามเกณฑ์เวลาสำหรับการจัดบริการผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งโดยพัฒนามาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกและบูรณาการตามแนวคิดของแคปแลนด์ และแอนดิสัน (Kaplan, Anderson, 2009) ได้มาตรฐานกิจกรรม ที่มีกิจกรรมหลักทั้ง 9 กิจกรรมแยกเป็น 45 กิจกรรมย่อย

2. แบบบันทึกต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลและเวลาในการทำกิจกรรม สร้างขึ้นโดยการประยุกต์จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยและแนวคิดทฤษฎีการวิเคราะห์ต้นทุนของ แคปแลนด์ และแอนดิสัน (Kaplan & Anderson, 2009) มาสร้างเป็นแบบบันทึก ทั้งหมด 3 แบบฟอร์ม TDABC1 แบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม TDABC2 แบบบันทึกค่าแรงบุคลากรในการให้บริการการจัดบริการผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง TDABC3 แบบบันทึกข้อมูลปริมาณเวลาและตัวผลกดันกิจกรรมหรือปริมาณกิจกรรม ทั้ง 9 กิจกรรมหลัก

3. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการจำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยประกอบไปด้วย LC1 ข้อมูลค่าแรง MC1 ข้อมูลค่าวัสดุ MC2 ข้อมูลค่าไฟ MC3 ข้อมูลค่าน้ำ CC1 ค่าเสื่อมครุภัณฑ์ CC2 ค่าเสื่อมราคาอาคารสถานที่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบหาค่าความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาด้านทุน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคทางเดินอาหารและตับ ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำแบบบันทึกมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนทางด้านเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อนำไปทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของการสังเกต (Interobserver Reliability) เท่ากับ .92 ค่าตามเกณฑ์ เท่ากับ .80 – 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากคณบดี ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา เพื่อขอจริยธรรมสำหรับการวิจัยในมนุษย์ผ่านคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

3. เตรียมผู้ช่วยวิจัย คือ บุคลากรทางการแพทย์ในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ชี้นำวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและทำความเข้าใจเกี่ยวกับלבבבבבב

ขั้นตอนดำเนินการ

1. เก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) โดยเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลตติยภูมิ คือ ทะเบียนบันทึกเงินเดือนและรายรับอื่น ๆ จากฝ่ายบัญชีและฝ่ายการเงิน ทะเบียนจากพัสดุจัดซื้อครุภัณฑ์และอาคารสิ่งก่อสร้าง ข้อมูลสถิติการใช้บริการของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ในช่วง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 จากแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา

2. เก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า (Prospective Study) โดยเก็บข้อมูลจากการสังเกตการให้กิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วย 30 รายของบุคลากรในแผนก มี 2 ส่วน เก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการจัดกิจกรรมการพยาบาล 9 กิจกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูลปริมาณและเวลาในการให้กิจกรรมการพยาบาลจำแนกตามเกณฑ์เวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้โปรแกรม Microsoft Excel ใช้ Data Validation, Conditional Formatting กำหนดสูตรตรวจสอบความถูกต้อง ค่าซ้ำ และข้อมูลว่างในตาราง Excel ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดต้นทุนใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. จัดเตรียมข้อมูลจากแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ตามเกณฑ์เวลา เพื่อนำมาวิเคราะห์โดยการลงแบบบันทึกข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องความครบถ้วนของข้อมูลที่บันทึกและคำนวณค่าเฉลี่ยของเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้ง 9 กิจกรรมหลัก โดยในแต่ละกิจกรรมหลักมีรายละเอียดกิจกรรมหลัก 9 กิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมบัตร HCV 2) กิจกรรมก่อนตรวจ 3) กิจกรรมขณะรอตรวจรักษา 4) กิจกรรมในระยะตรวจรักษา 5) กิจกรรมหลังตรวจรักษา 6) กิจกรรมส่งตรวจพิเศษ 7) กิจกรรมสุ่มศึกษาและป้องกันการติดต่อ 8) กิจกรรมตรวจสอบการได้รับยา โดยพยาบาล 9) กิจกรรมบริหารจัดการและงานสนับสนุน

$$\text{การคำนวณหาต้นทุนต่อกิจกรรม} = \frac{\text{ผลรวมของต้นทุนแต่ละกิจกรรม}}{\text{จำนวนครั้งของกิจกรรมทั้งหมด}}$$

2. คำนวณหาต้นทุนค่าแรงต่อหน้าที่ต่อคน โดยหาผลรวมของค่าแรงต่อหน้าที่ต่อคนของบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยนำเงินเดือนเงินประจำตำแหน่ง ค่าครองชีพ ค่าล่วงเวลา ค่าเวรยามวิกาล ค่าตอบแทนวิชาชีพ ค่าเล่าเรียนบุตร ค่ารักษาพยาบาล ค่าประชุมอบรมทั้งหมดที่เป็นรายได้ก่อนหักภาษี ณ ที่จ่ายนำมาคำนวณค่าแรงเป็นบาทต่อหน้าที่ต่อคน จำนวน 27 ราย

$$\text{ค่าแรงเฉลี่ยบุคลากรต่อหน้าที่} = \frac{\text{สัดส่วนค่าแรงของแต่ละคน}}{\text{หน้าที่ในการทำงาน (วัน 22x ชั่วโมง 8 x นาที 60)}}$$

3. ต้นทุนค่าลงทุน นำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าลงทุนมาคำนวณหาความสัมพันธ์ของพัสดุจากนั้นนำมาคำนวณหาความสัมพันธ์ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละครั้งโดยคิดค่าเสื่อมราคาประจำปีของครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง โดยใช้เกณฑ์การคิดค่าเสื่อมจากกระทรวงการคลัง (2549)

$$\text{ต้นทุนค่าเสื่อมราคาต่อปี} = \frac{\text{ราคาสินทรัพย์}}{\text{อายุการใช้งาน (ปี)}}$$

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เอกสารรับรองเลขที่ น. 06/2567 วันที่รับรอง 9 ตุลาคม 2567 ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิที่ทำการศึกษ เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล หมายเลขหนังสือรับรองของโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา RBHEC 014/67 วันที่รับรอง 27 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการจัดบริการกิจกรรมพยาบาลตามเกณฑ์เวลาสำหรับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีโดยรวม 9 กิจกรรมหลัก ในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ตาราง 1 ต้นทุนกิจกรรมการจัดบริการพยาบาลรวมและร้อยละ (n = 30)

กิจกรรมหลัก	ต้นทุนกิจกรรมรวม (บาท)	ร้อยละ
1. กิจกรรมหลักบัตร HCV	993.46	1.85
2. กิจกรรมก่อนตรวจรักษา	12,278.61	22.92
3. กิจกรรมขณะตรวจรักษา	2,568.66	4.79
4. กิจกรรมในระยะตรวจรักษา	3,156.13	5.89
5. กิจกรรมหลังตรวจรักษา	2,450.03	4.57
6. กิจกรรมส่งตรวจพิเศษ	1,481.32	2.77
7. กิจกรรมสุศึกษาและป้องกันการติดต่อ	3,013.42	5.62
8. กิจกรรมตรวจสอบการได้รับยา โดยพยาบาล	18,701.90	34.92
9. กิจกรรมบริหารจัดการและงานสนับสนุน	8,908.29	16.67
รวม	53,551.82	100

จากตาราง 1 พบว่า ต้นทุนกิจกรรมรวมสำหรับผู้ป่วย 30 ราย เท่ากับ 53,551.82 บาท (ร้อยละ 100) กิจกรรมหลักที่มีต้นทุนสูงสุดคือกิจกรรมตรวจสอบการได้รับยา โดยพยาบาล 18,701.90 บาท (ร้อยละ 34.92) รองลงมาคือ กิจกรรมก่อนตรวจรักษา 12,278.61 บาท (ร้อยละ 22.92) กิจกรรมบริหารจัดการและงานสนับสนุน 8,908.29 บาท (ร้อยละ 16.67) และกิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำสุดคือ กิจกรรมหลักบัตร HCV 993.46 บาท (ร้อยละ 1.85)

ตาราง 2 องค์ประกอบของต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามเกณฑ์เวลาสำหรับการจัดบริการผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง (n = 30)

องค์ประกอบของต้นทุน	ต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนเฉลี่ย (บาท)	ร้อยละ
ต้นทุนค่าแรง	32,176.64	1,072.55	84
ต้นทุนค่าวัสดุ	5,643.09	188.11	14
ค่าลงทุน(สาธารณูปโภค)	381.78	12.72	2
รวม	38,201.51	1,273.38	100

จากตาราง 2 พบว่าสัดส่วนต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน (สาธารณูปโภค) รวม 38,201.51 บาท ต้นทุนที่สูงที่สุดคือ ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 32,176.64 บาท (ร้อยละ 84) รองลงมาคือ ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 5,643.09 บาท (ร้อยละ 14) และต้นทุนต่ำสุดคือ ค่าลงทุน (สาธารณูปโภค) เท่ากับ 381.78 บาท (ร้อยละ 2)

ตาราง 3 ต้นทุนค่าแรงรวมของบุคลากรทางการแพทย์ ในการการจัดบริการผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี สำหรับ
กิจกรรมการพยาบาลตามเกณฑ์เวลา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือน
พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 (n = 27)

ต้นทุนค่าแรง	ต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนเฉลี่ย (บาท)	ร้อยละ
ต้นทุนคงที่ (Fix cost)			
เงินเดือน	560,260.00	20,750.30	86.04
เงินประจำตำแหน่ง	28,000.00	1,037.00	4.22
ค่าวิชาชีพ	14,360.00	531.80	2.01
ต้นทุนแปรผัน (Variable cost)			
เงินล่วงเวลา (OT)	35,181.99	1,303.00	5.43
ค่าตอบแทน (4P4)	34,349.50	1,272.20	5.30
รวม	646,950.49	24,894.30	100

จากตาราง 3 พบว่าต้นทุนค่าแรงคงที่ (Fix Cost) ที่สูงสุดคือ เงินเดือน เท่ากับ 560,260.00 บาท (ร้อยละ 86.04) รองลงมาคือ เงินประจำตำแหน่ง 28,000.00 บาท (ร้อยละ 4.22) และต้นทุนค่าแรงคงที่ต่ำสุดคือ ค่าวิชาชีพ 14,360.00 บาท (ร้อยละ 2.01) ส่วนต้นทุนแปรผันที่สูงที่สุดคือ เงินล่วงเวลา (OT) เท่ากับ 35,181.99 บาท (5.43) รองลงมา คือ ค่าสวัสดิการ (P4P) เท่ากับ 34,349.50 บาท (ร้อยละ 5.30)

2. วิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อกิจกรรมและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อราย

ตาราง 4 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลหลักรวม 9 กิจกรรมสำหรับกิจกรรมการพยาบาลตามเกณฑ์เวลาสำหรับ
การจัดบริการผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง (n = 30)

กิจกรรมหลักตามมาตรฐาน	ต้นทุนกิจกรรม								
	เวลาทำ กิจกรรมรวม (นาที)	เวลาทำ กิจกรรม เฉลี่ย (นาที)	ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)	ต้นทุน ปันส่วน (บาท)	จำนวน กิจกรรม (ครั้ง)	ต้นทุน กิจกรรมรวม (บาท)	ต้นทุนต่อ ราย(บาท)	ต้นทุนต่อ กิจกรรม (บาท)
1. กิจกรรมบัตร HCV	201	6.70	946.19	29.26	18.01	91	993.46	33.12	41.53
2. กิจกรรมก่อนตรวจรักษา	1,619	53.96	6,685.67	5,506.33	86.61	100	12,278.61	409.81	509.81
3. กิจกรรมขณะตรวจรักษา	830	66.27	2,49.491	27.68	49.49	150	2,568.66	85.62	85.62
4. กิจกรรมหลังตรวจรักษา	601	20.03	3,070.60	26.14	5.939	180	3,156.13	105.20	105.20
5. กิจกรรมหลังตรวจรักษา	699	23.31	2,329.30	24.26	4.949	150	2,450.03	80.17	80.17
6. กิจกรรมส่งตรวจพิเศษ	278	26.9	19,142.4	27.44	29.70	90	1,481.32	49.38	49.38
7. กิจกรรมสุขศึกษาและป้องกัน การติดต่อ	582	40.19	72,298.3	0	2970	90	4,301.32	45.100	45.100
8. กิจกรรมตรวจสอบการได้รับยา	688	22.92	3,353.59	92.15,288	39.59	180	18,701.90	623.40	623.40
9. กิจกรรมบริหารจัดการและงาน สนับสนุน	6,038	27.201	89,889.1	90.16	0	216	29,890.8	94.296	94.296
รวม	11,536	384.51	32,176.64	91,20,948	381.78	1,247	53,551.82	1,784.09	1,892.5

หมายเหตุ *ต้นทุนกิจกรรมรวม (บาท) = ต้นทุนกิจกรรมค่าแรง+ค่าวัสดุ+ต้นทุนปันส่วน

**ต้นทุนต่อกิจกรรม (บาท) = ต้นทุนกิจกรรมรวม (บาท) / ปริมาณกิจกรรมรวม (ครั้ง)

***ต้นทุนต่อราย (บาท) = ต้นทุนกิจกรรมรวม (บาท) / จำนวน (N = 30)

จากตาราง 4 พบว่าต้นทุนต่อกิจกรรมตามกิจกรรมการพยาบาล พบว่า กิจกรรมตรวจสอบการได้รับยา โดย
พยาบาล มีต้นทุนต่อกิจกรรมสูงสุด เท่ากับ 623.40 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมก่อนตรวจรักษา มีต้นทุนต่อกิจกรรม
เท่ากับ 509.81 บาท กิจกรรมบริหารจัดการและงานสนับสนุน มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 296.94บาท กิจกรรม
พยาบาลในระยะตรวจรักษา มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 105.20 บาท กิจกรรมพยาบาลสุขศึกษาและป้องกัน

การติดต่อ มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 100.45 บาท กิจกรรมการพยาบาลกิจกรรมขณะรอตรวจรักษา มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 85.62 บาท กิจกรรมพยาบาลหลังตรวจรักษา มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 80.17 บาท กิจกรรมพยาบาลส่งตรวจพิเศษ มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 49.38 บาท และกิจกรรมบัตร HCV มีต้นทุนต่อกิจกรรมน้อยที่สุด เท่ากับ 41.53 บาท ตามลำดับ

สำหรับต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อราย พบว่า กิจกรรมตรวจสอบการได้รับยา โดยพยาบาล มีต้นทุนต่อรายสูงสุด เท่ากับ 623.40 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมก่อนตรวจรักษา มีต้นทุนต่อราย เท่ากับ 409.81 บาท กิจกรรมบริหารจัดการและงานสนับสนุน มีต้นทุนต่อราย เท่ากับ 296.94 บาท กิจกรรมพยาบาลในระยะตรวจรักษา มีต้นทุนต่อราย เท่ากับ 105.20 บาท กิจกรรมพยาบาลสุศึกษาและป้องกันการติดต่อ มีต้นทุนต่อราย เท่ากับ 100.45 บาท กิจกรรมการพยาบาลกิจกรรมขณะรอตรวจรักษา มีต้นทุนต่อราย เท่ากับ 85.62 บาท กิจกรรมพยาบาลหลังตรวจรักษา มีต้นทุนต่อราย เท่ากับ 80.17 บาท กิจกรรมพยาบาลส่งตรวจพิเศษ มีต้นทุนต่อราย เท่ากับ 49.38 บาท และกิจกรรมบัตร HCV มีต้นทุนต่อรายน้อยที่สุด เท่ากับ 41.53 บาท ตามลำดับ (ตาราง 4)

การอภิปรายผล

1. ต้นทุนกิจกรรมพยาบาลตามเกณฑ์เวลาโดยรวม 9 กิจกรรมหลัก สำหรับการจัดบริการผู้ป่วย โรคไวรัสตับอักเสบซี แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ผลการวิจัยพบว่าต้นทุนกิจกรรมตามเกณฑ์เวลาโดยรวม มีค่าทั้งหมดเท่ากับ 53,551.82 บาท โดยพบว่าต้นทุนสัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุ : ต้นทุนการลงทุน เท่ากับ 84:14:2 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าต้นทุนค่าแรงสำหรับการจัดกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ สูงกว่าองค์ประกอบต้นทุนอื่น ๆ เนื่องจากตามแนวคิดต้นทุนฐานกิจกรรมตามเกณฑ์เวลา (Time Driven Activity Based Costing: TDABC) เป็นวิธีการคำนวณต้นทุน โดย แคปแลน และแอนดิสัน (Kaplan & Anderson, 2009) ใช้การแบ่งอัตราต้นทุนของทรัพยากรต่อเวลาลงไปสิ่งที่ต้องการจะคำนวณต้นทุน สำหรับต้นทุนของทรัพยากรในการจัดกิจกรรมพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าแรงของพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 77.8 ผ่านการอบรมเฉพาะทางโรค NCDs ใช้ระยะเวลาในการให้บริการสูง เมื่อรวมต้นทุนค่าแรงคงที่ และค่าแรงแปรผันที่สูงในบริบทที่ศึกษา พบว่าต้นทุนค่าแรงคงที่ (Fix Cost) ที่สูงสุดคือ เงินเดือน เท่ากับ 560,260.00 บาท (ร้อยละ 86.04) รองลงมาคือ เงินประจำตำแหน่ง 28,000.00 บาท (ร้อยละ 4.22) และต้นทุนค่าแรงคงที่ต่ำสุดคือ ค่าวิชาชีพ 14,360.00 บาท (ร้อยละ 2.01) ส่วนต้นทุนแปรผันที่สูงที่สุดคือ เงินล่วงเวลา (OT) เท่ากับ 35,181.99.00 บาท (5.43) รองลงมา คือ ค่าสวัสดิการ (P4P) เท่ากับ 34,349.50 บาท (ร้อยละ 5.30) นอกจากนี้ วิธีการของ TDABC ยังเน้น ระบุว่า ต้นทุนของแต่ละกลุ่มทรัพยากร (Cost of Resource Group) และปริมาณความต้องการใช้ทรัพยากร ต้นทุนกิจกรรมมีความเชื่อมโยงข้อมูลต้นทุนกิจกรรมต่าง ๆ ที่ใช้ในการผลิตสินค้าหรือบริการสำหรับการวิจัยนี้ ต้นทุนของกลุ่มทรัพยากรได้แบ่ง ออกเป็น 9 กลุ่ม จึงเห็นได้ว่าการคิดแบบ TDABC ต้องมีการรวมกลุ่มทรัพยากรการใช้ทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งหมด 9 กิจกรรม กิจกรรมบัตร HCV 993.46 บาท กิจกรรมก่อนตรวจรักษา 12,278.61 บาท กิจกรรมขณะรอตรวจรักษา 2,568.66 บาท กิจกรรมในระยะตรวจรักษา 3,156.13 บาท กิจกรรมหลังตรวจรักษา 2,450.03 บาท กิจกรรมส่งตรวจพิเศษ 1,481.32 บาท กิจกรรมสุศึกษาและการป้องกันการติดต่อ 3,013.42 บาท กิจกรรมการตรวจสอบการได้รับยา 18,701.90 บาท กิจกรรมบริหารจัดการและงานสนับสนุน 8,908.29 บาท

การวิจัยนี้เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของต้นทุน (ค่าแรง - ค่าวัสดุ - ค่าลงทุน) ของกิจกรรมหลักทั้ง 9 กิจกรรม อภิปรายผลได้ว่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามเกณฑ์เวลาโดยรวม กิจกรรมตรวจสอบการได้รับยา โดยพยาบาล มีต้นทุนกิจกรรมสูงสุดรวม เท่ากับ 18,701.90 บาท มีเวลาในการทำกิจกรรมรวม เท่ากับ 418 นาที กิจกรรมย่อยข้อควรปฏิบัติการใช้ยา มีต้นทุนต่อกิจกรรม 527.37 บาท ซึ่งค่อนข้างสูง รองลงมาคือกิจกรรมก่อนตรวจรักษา 12,278.61 บาท กิจกรรมบริหารจัดการและงานสนับสนุน 8,908.29 บาท และกิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำสุดคือ กิจกรรมบัตร HCV 992.71 บาท การจัดบริการเฉพาะรายเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพสูงจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จำเป็น

ที่ต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่มาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยในการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหาดใหญ่ ของ สายชล วัฒนพัฒน์ (2549)

2. ต้นทุนกิจกรรมพยาบาลตามเกณฑ์เวลาต่อกิจกรรมในการจัดการบริการการพยาบาลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง เมื่อจำแนกตามกิจกรรมหลักทั้ง 9 กิจกรรม พบว่า กิจกรรมตรวจสอบการได้รับยา โดยพยาบาลมีต้นทุน ต่อกิจกรรม สูงสุด เท่ากับ 623.40 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมก่อนตรวจรักษา มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 509.81 บาท กิจกรรมบริหารจัดการและงานสนับสนุน มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 296.94 บาท กิจกรรมพยาบาลในระยะตรวจรักษา มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 105.20 บาท กิจกรรมพยาบาลสุศึกษาและป้องกันการติดต่อ มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 100.45 บาท กิจกรรมการพยาบาลกิจกรรมขณะรอตรวจรักษา มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 85.62 บาท กิจกรรมพยาบาลหลังตรวจรักษา มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 80.17 บาท กิจกรรมพยาบาลส่งตรวจพิเศษ มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 49.38 บาท และกิจกรรมบัตร HCV มีต้นทุนต่อกิจกรรม น้อยที่สุด เท่ากับ 41.53 บาท ตามลำดับ อภิปรายผลได้ว่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามเกณฑ์เวลา กิจกรรมตรวจสอบการได้รับยา โดยพยาบาลมีต้นทุน ต่อกิจกรรมสูงสุด เท่ากับ 623.40 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมก่อนตรวจรักษา มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 509.81 บาท กิจกรรมบริหารจัดการและงานสนับสนุน มีต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 296.94 บาท สอดคล้องกับงานวิจัยของ การะเกด ศิริรักษ์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, นฤมล ปทุมรักษ์ (2563) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการ พยาบาลการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

3. ต้นทุนกิจกรรมพยาบาลตามเกณฑ์เวลาต่อรายในการจัดการบริการการพยาบาลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กิจกรรมตรวจสอบการได้รับยา โดยพยาบาล มีต้นทุนต่อราย สูงสุด เท่ากับ 623.40 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมก่อนตรวจรักษา มีต้นทุนต่อราย เท่ากับ 409.81 บาท กิจกรรมบริหารจัดการและงานสนับสนุน มีต้นทุนต่อราย เท่ากับ 296.94 บาท กิจกรรมพยาบาลในระยะตรวจรักษา มีต้นทุนต่อราย เท่ากับ 105.20 บาท กิจกรรมพยาบาลสุศึกษาและป้องกันการติดต่อ มีต้นทุนต่อราย เท่ากับ 100.45 บาท กิจกรรมการพยาบาลกิจกรรมขณะรอตรวจรักษา มีต้นทุนต่อราย เท่ากับ 85.62 บาท กิจกรรมพยาบาลหลังตรวจรักษา มีต้นทุนต่อราย เท่ากับ 80.17 บาท กิจกรรมพยาบาลส่งตรวจพิเศษ มีต้นทุนต่อราย เท่ากับ 49.38 บาท และกิจกรรมบัตร HCV มีต้นทุนต่อรายน้อยที่สุด เท่ากับ 41.53 บาท ตามลำดับ อภิปรายผลได้ กิจกรรมตรวจสอบการได้รับยา โดยพยาบาลมีต้นทุนต่อราย สูงสุด เท่ากับ 623.40 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมก่อนตรวจรักษา มีต้นทุนต่อราย เท่ากับ 409.81 บาท กิจกรรมบริหารจัดการและงานสนับสนุน มีต้นทุนต่อราย เท่ากับ 296.94 บาท จากผลการวิจัยกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องใช้เจ้าหน้าที่บุคลากรที่มีประสบการณ์มากทำให้ต้นทุนค่าแรงสูง

ดังนั้น โดยรวมแล้ว TDABC เป็นเครื่องมือที่มีค่าสำหรับองค์กรที่ต้องการปรับปรุงความแม่นยำของการวิเคราะห์ต้นทุน โดยการคำนวณเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม TDABC สามารถช่วยระบุจุดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Connor, 1961) ลดต้นทุน และเพิ่มผลกำไรได้ เพื่อความอยู่รอดขององค์กรผู้บริหารการพยาบาลควรเพิ่มประสิทธิภาพในองค์กรในการบริหารจัดการต้นทุนให้มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2559) ควรมีข้อมูลในการบริหารจัดการ ตัดการใช้ทรัพยากร หรือลด และรวมกิจกรรม ที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่า เพื่อลดความสูญเสียของทรัพยากร และปรับกิจกรรมที่มีมากให้ลดน้อยลง แต่ยังคงความสำคัญที่ควรปฏิบัติและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และญาติ ผู้บริหารควรให้ความสำคัญของการจัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรในหน่วยงาน และการบริหารเวลาให้มีความสอดคล้องกับบริบทงาน หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คิดเฉพาะต้นทุนทางตรงที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้ป่วยเท่านั้น ไม่นำค่าต้นทุนในส่วนอื่น ๆ ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาลมาศึกษาวิจัย เช่น ค่าแรงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคตับและทางเดินอาหาร ค่าแรงของเภสัชกร ซึ่งเป็นต้นทุนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ การใช้เครื่องมือร่วมทางห้องปฏิบัติการ กิจกรรมพยาบาลตามเกณฑ์เวลาสำหรับการจัดบริการผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิ เป็นการจัดบริการใหม่ในแผนก ผู้วิจัยได้พัฒนาการจัดบริการผู้ป่วยมาจากมาตรฐานการจัดบริการการพยาบาลผู้ป่วยนอกของสำนักงานพยาบาล (2550) และแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษา

ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี (สมาคมโรคตับกระทรวงสาธารณสุข, 2565) มาบูรณาการให้เข้าได้กับบริบทของหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผลการวิจัยพบว่ามียอดผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้กิจกรรมการให้บริการมีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบทในการปฏิบัติงาน อาจทำให้การจับเวลาในการทำกิจกรรมคลาดเคลื่อนได้ในบางกิจกรรมย่อยที่แตกต่างกันไปตามรายบุคคล ผลการวิเคราะห์ต้นทุนอาจไม่สามารถนำไปใช้กับโรงพยาบาลในระดับอื่น เช่น โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชน เพราะมีระดับโครงสร้างและระดับความเชี่ยวชาญที่แตกต่างด้านต้นทุน

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้พบว่ามียอดผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้กิจกรรมการให้บริการมีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบทในการปฏิบัติงาน อาจทำให้การจับเวลาในการทำกิจกรรมคลาดเคลื่อนได้ในบางกิจกรรมย่อยที่แตกต่างกันไปตามรายบุคคล ผลการวิเคราะห์ต้นทุนอาจไม่สามารถนำไปใช้กับโรงพยาบาลในระดับอื่น เช่น โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชน เพราะมีระดับโครงสร้างและระดับความเชี่ยวชาญที่แตกต่างด้านต้นทุน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาแนวคิดต้นทุนกิจกรรมตามเกณฑ์เวลา (Time-Driven Activity-Based-Costing-ABC หรือ TDABC) ของ แคปแลน และแอนดิสัน (Kaplan, Anderson, 2009) ทั้งต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนแฝงอย่างครบถ้วนเพื่อนำมาออกแบบการให้บริการกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น เพื่อควบคุมต้นทุนในการจัดการบริการของพยาบาล สร้างความเข้าใจด้านต้นทุนและการบริหารทรัพยากรในระบบสุขภาพ ผู้บริหารมีข้อมูลในการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ บริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการขยายการจัดบริการสุขภาพ เช่น คลินิกพิเศษ

รายการอ้างอิง

- กระทรวงการคลัง. (2549). *อัตราค่าเสื่อมราคาทรัพย์สิน*. กรุงเทพฯ:กระทรวงการคลัง.
- กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. (2567). *โครงสร้างการบริหารกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก*. โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง.
- การะเกด ศิริรักษ์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และณฤมล ปทุมรักษ์. (2563). การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการจัดการการผ่าตัดคลอด ทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 47(2), 345-355.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2559). *เศรษฐศาสตร์สุขภาพสำหรับการจัดการบริการสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ชานเมืองการพิมพ์. โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. (2567). *สถิติผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม*. โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง.
- ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส, กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซีและการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก*. เอส บี เค การพิมพ์.
- สมาคมโรคตับกระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะไวรัสตับอักเสบบี*.
- สายชล วัฒนพัฒน์. (2549). *การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมและต้นทุนต่อหน่วย ในการจัดการบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหาดใหญ่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สำนักงานการพยาบาล. (2550). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล* (ปรับปรุงครั้งที่ 2). นนทบุรี
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *จำนวนประชากรจากทะเบียน จำแนกตามอายุ เพศ ภาค และจังหวัด พ.ศ. 2555-2565*.

- Achonu, C., Laporte, A., & Gardam, M. A. (2005). The financial impact of controlling a respiratory virus outbreak in a teaching hospital: lessons learned from SARS. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*, 96(1), 52–54.
doi.org/10.1007/BF03404018
- Cleland, V. & Mckibbin, R. (1990). *The Economics of Nursing*. Norwalk: applenton & lange.
- Connor, J. (1961). Effective use of nursing resources, A research report. *Hospitals*, 35(5), 30-39.
- Goodman, H. M. (2009). *Basic Medical Endocrinology (4th ed.)*. Amsterdam: Elsevier.
- Kaplan, R. S., & Anderson, S. R. (2009). *Time-Driven Activity-Based Costing*. SSRN.
- Kaplan, R. S., & Cooper, R. (1998). *Cost and Effect: Using Integrated Cost Systems to Drive Profitability and Performance*. Harvard Business School Press.
- Patel, S. (2024). *OPD Nurse: Exploring the Role & Path to Success in 2024 Healthcare Jobs*. Retrieved June 14, 2024 from <https://blogs.docthub.com/opd-nurse-exploring-the-role-and-path-to-success-in-2024-BLG192>
- World Health Organization (WHO). (2021). *HCV*. Retrieved March 20, 2025 from <https://www.who.int/thailand/HCV/>
- World Health Organization (WHO). (2021, 15 July). *Global Progress Report on HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections*. Retrieved March 20, 2025 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027077>

การรับรู้บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ของสาธารณสุขอำเภอ

Consumer Protection among District Public Health Executives: A Study on Perception of Roles and Legal Compliance

ไชยวิสุทธิ์ อุตทาโม๊ะ¹, นกษา สิงห์วีระธรรม^{2*}, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล², พิสิษฐ์ ศรีอัครโกคิน³
Chaiwisut Autthamo¹, Noppcha Singweratham^{2*}, Pallop Siewchaisakul², Pisit Sriakkkokin³

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน, ²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
³สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

¹Wiang Nong Long District Public Health, Lamphun Province, ²Faculty of Public Health Chiang Mai University, ³National Health Security Office

(Received: March 31, 2025; Revised: October 28, 2025; Accepted: October 28, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้บทบาทหน้าที่ การปฏิบัติตามกฎหมาย ความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ รวมถึงการเปรียบเทียบการรับรู้บทบาทหน้าที่และความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่และระดับความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ กลุ่มตัวอย่างคือสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 298 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้บทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย และการปฏิบัติตามกฎหมาย เครื่องมือมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .67 – 1.00 และค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ .73 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test, One-way ANOVA และ Pearson's Correlation ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ผลการวิจัยพบว่า

1. สาธารณสุขอำเภอมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ในระดับมาก แต่ยังไม่เคยปฏิบัติหน้าที่ด้านการทำลายยาตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และมีการปฏิบัติหน้าที่นอกอำนาจตามกฎหมาย เช่น การสั่งให้กระทำหรือระงับการกระทำใด ๆ ตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 ร้อยละ 12.13 ทั้งนี้สาธารณสุขอำเภอไม่มีบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายใด ๆ ร้อยละ 33.45 การดำเนินงานตามกฎหมายมักดำเนินการร่วมกับหน่วยงานอื่น และมีระดับความมั่นใจในการปฏิบัติตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง ระดับการศึกษา และภูมิภาคของสาธารณสุขอำเภอ มีการรับรู้บทบาทหน้าที่และระดับความมั่นใจในการปฏิบัติตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคไม่แตกต่างกัน

3. สาธารณสุขอำเภอมีการรับรู้บทบาทหน้าที่สัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความมั่นใจในการปฏิบัติตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้นควรกำหนดบทบาทหน้าที่ ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรในพื้นที่รับผิดชอบให้ชัดเจน รวมถึงจัดทำคู่มือและฝึกอบรมเพิ่มเติม และจัดทำบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่ให้ครบถ้วนตามกฎหมาย

คำสำคัญ: การรับรู้บทบาทหน้าที่ การปฏิบัติตามกฎหมาย การคุ้มครองผู้บริโภค สาธารณสุขอำเภอ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha.s@cmu.ac.th)

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine the perception of roles, legal compliance, and confidence in consumer protection practices among district public health executives. The objectives were to 1) assess the district public health executives' perceptions of their legal role and responsibilities, 2) compare levels of both role perception and confidence in performing consumer protection duties, and 3) explore the relationships between perceived roles and confidence in performing consumer protection tasks. The sample consisted of 298 district public health executives selected through multistage sampling. Data were collected using an electronic questionnaire divided in three parts: general information, perception of legal roles and responsibilities, and legal compliance practices. The content validity index of instrument ranged from .67 to 1.00, while its reliability coefficient was at the .73 level. Data were analyzed using descriptive statistics frequency, percentage, mean, and standard deviation and inferential statistics, including independent t-test, one-way ANOVA, and Pearson's correlation, with a significance level of .05. The results were as follows.

1. The district public health executives had a high level of role perception. However, they had never performed certain duties such as drug destruction under the Drug Act B.E. 2510 (1967). Some officers performed duties beyond their legal authority, such as requesting documentation under the Medical Device Act B.E. 2511 (1968) (12.13%). More importantly, 33.45% of officers did not possess an official identification card as required by law. Most legal operations were carried out in collaboration with other agencies. The officers' confidence in performing consumer protection tasks was at a moderate level.

2. Factors such as gender, age, length of service, educational level, and regional location showed no significant differences in role perception or confidence in performing consumer protection duties.

3. There was a positive correlation between role perception and confidence in performing legal duties related to consumer protection.

Therefore, it is recommended that the roles and responsibilities among Provincial Public Health Offices, District Public Health Offices, and other relevant agencies be clearly defined. Furthermore, operational manuals and additional trainings should be provided, along with the issuance of official identification cards to all authorized officers in accordance with legal requirements.

Keywords: Role Perception, Legal Compliance, Consumer Protection, District Public Health Executive

บทนำ

การคุ้มครองผู้บริโภค หมายถึง การคุ้มครองการตัดสินใจของผู้บริโภคจากการตัดสินใจที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล ด้วยมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้บริโภค เพื่อป้องกันการหลอกลวงเอาเปรียบผู้บริโภคเกี่ยวกับคุณภาพ ราคาของสินค้าและบริการ รวมถึงการเยียวยาความเสียหายที่เกิดจากการบริโภคสินค้าและบริการให้กับผู้บริโภค และการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการบริโภคสินค้าและบริการให้เหมาะสม (ระพีพรรณ ฉลองสุข, 2560) งานคุ้มครองผู้บริโภคมีความเชื่อมโยงกับงานสาธารณสุขในหลายด้าน โดยเฉพาะในด้านของการตรวจสอบและรับรองความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ รวมถึงบริการที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เช่น การตรวจสอบสารปนเปื้อน

หรือสารพิษในอาหาร การตรวจสอบและควบคุมผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในประเทศไทยมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ คือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีหน้าที่ควบคุมและตรวจสอบความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการคุ้มครองและส่งเสริมสุขภาพประชาชนจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้จัดทำคู่มือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดว่าด้วยการมอบอำนาจและมอบหมายภารกิจงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ปี พ.ศ.2567 ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางและรวบรวมอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประกอบด้วย ยา ยาเสพติด อาหาร เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตรายเครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สมุนไพร (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น, 2567) โดยผู้ผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือครอบครอง ผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้น มีหน้าที่ที่จะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมายกำหนด (ณธิป วิมุตติโกศล, กมลรัตน์ นุตยกุล, ศรีสุตา ฉ่าทรัพย์, เพลิน จำแนกพล, สุชัยญา พลเพชร, อรัญญา เทพพิทักษ์ และคณะ, 2562) ทั้งนี้การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคให้ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศนั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ในส่วนภูมิภาคในการดำเนินการในเขตรับผิดชอบของตน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เป็นหน่วยงานราชการหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งจัดอยู่ในราชการส่วนภูมิภาค มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2567 ข้อ 21(3) ในการกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สสอ. มีสาธารณสุขอำเภอเป็นหัวหน้าหน่วยงาน มีโครงสร้างแบ่งเป็น 3 กลุ่มงาน ซึ่งงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพถูกจัดรวมอยู่ในกลุ่มงานบริหารทั่วไป ซึ่งแตกต่างจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ที่มีการแบ่งกลุ่มงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคแยกไว้ชัดเจนเพื่อดำเนินการด้านนี้โดยเฉพาะ (นงา สิงห์วีระธรรม, ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล, สันติชัย สุขราษฎร์, พิสิษฐ์ ศรีอัครโกคิน, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย และคณะ, 2568) อีกทั้งสาธารณสุขอำเภอยังถูกมอบหมายให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จำนวน 7 ฉบับ ตามคู่มือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดว่าด้วยการมอบอำนาจและมอบหมายภารกิจงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ปี พ.ศ. 2567 ได้แก่ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 และประมวลกฎหมายยาเสพติดพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 และพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 โดยมีอำนาจในการเข้าไปในสถานที่หรือพาหนะเพื่อตรวจสอบการปฏิบัติ การนำผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สงสัยไปตรวจสอบ การยึดหรืออายัด การทำลายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การเรียกบุคคลหรือเอกสารเพื่อตรวจสอบ รวมถึงการสั่งให้กระทำหรือระงับการกระทำใด ๆ ที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น, 2567) ถึงแม้สาธารณสุขอำเภอจะถูกมอบหมายเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ แต่มีครึ่งหนึ่งของสาธารณสุขอำเภอที่ยังไม่เคยพัฒนาศักยภาพในงานด้านนี้และคิดว่าเป็นงานที่ปฏิบัติยาก โดยประเมินความสามารถตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และมีทักษะด้านการบังคับใช้กฎหมายน้อยที่สุด เพราะเป็นงานที่เสี่ยงต่อความขัดแย้งกับผู้ประกอบการในพื้นที่ และสาธารณสุขอำเภอหลายคนยังเข้าใจผิด คิดว่างานนี้ไม่ใช่หน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง (จารีลักษณ์ หินขุย, เพ็ญญา ศรีหรั่ง, 2563)

สาธารณสุขอำเภอในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายควรรับรู้บทบาทหน้าที่ตามกฎหมายของตนเอง และสามารถปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างถูกต้อง เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพแก่ประชาชน อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติยังพบปัญหาเกี่ยวกับการแบ่งบทบาทหน้าที่ระหว่างหน่วยงานระดับกระทรวงและหน่วยงานในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยมีพระราชบัญญัติที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการอย่างน้อย 20 ฉบับ ที่แต่งตั้งสาธารณสุขอำเภอและให้อำนาจเป็นพนักงานตามกฎหมาย แต่กฎหมายเหล่านั้นกลับไม่ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภออย่างชัดเจน ซึ่งการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่อยู่ภายใต้อำนาจของฝ่ายบริหาร

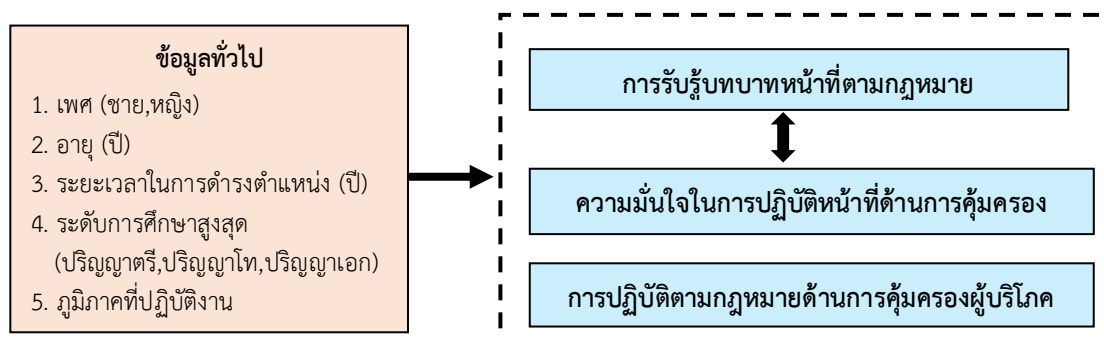
กระทรวงสาธารณสุข ที่สามารถกำหนดวิธีปฏิบัติได้ว่าจะให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีบทบาทตามกฎหมายแต่ละฉบับอย่างไร (นงษา สิงห์วีระธรรม, ปิยะ หาญวรวงษ์ชัย, พัลลภ เชียวชัยสกุล, สันติชัย สุขราชภู่, พิสิษฐ์ ศรีอัครโกคิน, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย และคณะ, 2568) ซึ่งปัญหานี้อาจส่งผลให้เกิดความซ้ำซ้อน คลุมเครือ หรือขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับอำเภอ อีกทั้ง ปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อความชัดเจนในการกำหนดขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบของสาธารณสุขอำเภอ รวมถึงความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอซึ่งแตกต่างกันตามลักษณะส่วนบุคคล อาจเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย ประกอบกับในปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอค่อนข้างน้อยและอยู่ในช่วงของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานื่อน้ำมันเฉลิมพระเกียรติฯ ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงอาจส่งผลกระทบต่อปฏิบัติงานตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอในระดับพื้นที่ได้ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาศักยภาพของสาธารณสุขอำเภอ และจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับบริบทและสามารถปฏิบัติได้จริง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้บทบาทหน้าที่ การปฏิบัติตามกฎหมายและความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้บทบาทหน้าที่และความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่และระดับความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้เขียนแนวคิดตามกฎหมายและปฏิบัติตามกฎหมายด้านคุ้มครองผู้บริโภคที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้แก่ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 และประมวลกฎหมายยาเสพติด พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 และพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 โดยมีตัวแปรที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และการปฏิบัติตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ดำรงตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในประเทศไทย จำนวน 76 จังหวัด แบ่งเป็น 12 เขตสุขภาพ รวมประชากรทั้งหมด 878 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ดำรงตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรคำนวณของ Krejcie & Morgan ซึ่งใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร โดยกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.50 เนื่องจากไม่ทราบสัดส่วนที่แท้จริงของประชากร (Krejcie, Morgan, 1970) ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% (Krejcie, Morgan, 1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องศึกษาอย่างน้อย 268 คน และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการขาดหายของข้อมูล หรือกลุ่มตัวอย่างไม่ส่งแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยจึงทำการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดจำนวน 298 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย คือ เป็นผู้ที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ และยินยอมให้ข้อมูลการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย คือ เป็นผู้ที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอไม่เกิน 3 เดือน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Samples) โดยการเลือกการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของอำเภอ แยกเป็น 4 ภูมิภาค ตามการแบ่งเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ภาคเหนือ (เขตสุขภาพที่ 1, 2 และ 3) ภาคกลาง (เขตสุขภาพที่ 4, 5 และ 6) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เขตสุขภาพที่ 7, 8, 9 และ 10) และ ภาคใต้ (เขตสุขภาพที่ 11 และ 12) คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของอำเภอในภูมิภาคนั้น ๆ จากสูตร

$$n_x = \frac{P_x}{\sum P} * 298$$

กำหนดให้ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามภูมิภาค

P = จำนวนอำเภอในภูมิภาค

ได้จำนวนสาธารณสุขอำเภอในแต่ละภูมิภาค ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างแยกตามภูมิภาค

ภูมิภาค	จำนวนอำเภอ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
ภาคเหนือ	204	69
ภาคกลาง	201	68
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	322	109
ภาคใต้	151	52
รวม	878	298

ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืนเพื่อเลือกสาธารณสุขอำเภอเป้าหมายเป็นกลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ทั้ง 4 ภูมิภาค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมรวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้สร้างเครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ในรูปแบบเอกสารและรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ และระดับการศึกษาสูงสุด

ส่วนที่ 2 การรับรู้บทบาทหน้าที่ตามกฎหมายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพจำนวน 7 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 และประมวลกฎหมาย

ยาเสพติด พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 และพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ ทราบ ไม่ทราบ และไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบทราบ ให้ 2 คะแนน ตอบไม่แน่ใจ ให้ 1 คะแนน และตอบ ไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลโดยใช้แนวคิดของ Bloom (1956) แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ

- 0 – 13 คะแนน หมายถึง ระดับการรับรู้ต่ำ
- 14 – 26 คะแนน หมายถึง ระดับการรับรู้ปานกลาง
- 27 – 40 คะแนน หมายถึง ระดับการรับรู้มาก

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตามกฎหมายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จำนวน 7 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 และประมวลกฎหมายยาเสพติด พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 และพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 จำนวน 3 ข้อ ได้แก่

3.1 การเคยปฏิบัติหน้าที่หรือดำเนินการตามกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นแบบเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ในกฎหมายแต่ละฉบับ ได้แก่ การเข้าไปในสถานที่หรือพาหนะเพื่อตรวจสอบ การนำผลิตภัณฑ์ไปตรวจสอบ การยึดหรืออายัด การทำลาย การเรียกบุคคลหรือเอกสาร และการสั่งให้กระทำหรือระงับการกระทำใด ๆ

3.2 ลักษณะการดำเนินงานในกฎหมายแต่ละฉบับ เป็นแบบเลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ ในกฎหมายแต่ละฉบับ ได้แก่ ยังไม่เคยมีโอกาสได้ดำเนินการ ดำเนินการด้วยตนเอง มอบหมายผู้อื่นดำเนินการแทน หรือดำเนินการร่วมกับหน่วยงานอื่น

3.3 การมีบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย จำนวน 7 ฉบับ เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ มี หรือ ไม่มี

ส่วนที่ 4 ระดับความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ มั่นใจน้อย มั่นใจปานกลาง และมั่นใจมาก จำนวน 7 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบมั่นใจน้อย ให้ 1 คะแนน ตอบมั่นใจปานกลาง ให้ 2 คะแนน และตอบมั่นใจมาก ให้ 3 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลระดับความมั่นใจจะแปรผลในภาพรวมโดยใช้เกณฑ์ของ บุญชม ศรีสะอาด, (2560) แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ

- 0 – 7 คะแนน หมายถึง ความมั่นใจในภาพรวมอยู่ระดับน้อย
- 8 – 14 คะแนน หมายถึง ความมั่นใจในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง
- 15 – 21 คะแนน หมายถึง ความมั่นใจในภาพรวมอยู่ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการคุ้มครองผู้บริโภคจำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายจำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่าระหว่าง .67 – 1.00 จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ หรือผู้ที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ประเทศไทย จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบค่าความเที่ยงตรง (Reliability) ของประเด็นคำถาม โดยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงตรง (Reliability) เท่ากับ .73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดส่งโครงร่างการวิจัยที่สมบูรณ์โดยกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ถึงสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อพิจารณาอนุมัติงานวิจัย

2. ดำเนินการจัดทำหนังสือถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป้าหมายเพื่ออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยในพื้นที่ โดยแจ้งข้อมูลการวิจัย วัตถุประสงค์ และกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมในกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการประสานงานสาธารณสุขอำเภอที่ได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างดำเนินการตอบแบบสอบถามทางเอกสารและส่งคืนผู้วิจัยตามที่อยู่ในเอกสารชี้แจงหรือตอบแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน QR Code ตามเอกสารที่แนบไป โดยกำหนดระยะเวลารวบรวมข้อมูล จำนวน 3 เดือน

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้รับ รวมถึงสรุปผลการวิจัย และจัดทำรูปเล่มงานวิจัยเพื่อเตรียมเผยแพร่ข้อมูลจากงานวิจัยที่ได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการรับรู้บทบาทหน้าที่ตามกฎหมายฯ และข้อมูลการปฏิบัติตามกฎหมายฯ โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และระดับความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค จำแนกตามเพศโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และระดับความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค จำแนกตามกลุ่มอายุ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง ระดับการศึกษา และภูมิภาคโดยใช้สถิติ One-way ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) ใช้เกณฑ์ระดับของความสัมพันธ์ (r) 5 ระดับ (Wiersma, Jurs, 2009) ดังนี้

ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.00	ถือว่าไม่มีความสัมพันธ์
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ $\pm 0.01 - 0.20$	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ $\pm 0.21 - 0.40$	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ $\pm 0.41 - 0.60$	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ $\pm 0.61 - 0.80$	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ ± 0.81	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ทั้งนี้ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการทดสอบการแจกแจงปกติ (Normality) ด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov และความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) ของข้อมูลด้วยสถิติ F-test พบว่าข้อมูลการรับรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอมีแจกแจงปกติ ($p\text{-value} = .200, .200$) และตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์เชิงเส้น ($p\text{-value} < .001$)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ ET054/2567 ลงวันที่ 27 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินการตอบแบบสอบถามกลับทั้งหมด 272 คน จากกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจำนวน 298 คน คิดเป็นร้อยละ 91.28 ซึ่งมีผู้ตอบแบบสอบถามจากแต่ละภูมิภาคมากกว่าร้อยละ 80 โดยผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 84.92 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 53.33 ปี ($SD = 4.25$) มีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 4.71 ปี ($SD = 4.08$) และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาโท ร้อยละ 62.50

1. การรับรู้บทบาทหน้าที่ การปฏิบัติตามกฎหมายและความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ

1.1 การรับรู้บทบาทหน้าที่ตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ

1.1.1 การรับรู้บทบาทหน้าที่ตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

ตาราง 2 คะแนนการรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ

คะแนนการรับรู้บทบาทหน้าที่	ระดับการรับรู้	จำนวน (n = 272)	ร้อยละ
0 – 13	น้อย	11	4.05
14 – 26	ปานกลาง	92	33.82
27 – 40	มาก	169	62.13

จากตาราง 2 การรับรู้บทบาทหน้าที่ตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62.13 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.82 และระดับน้อย ร้อยละ 4.04 ตามลำดับ

1.2 การปฏิบัติตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ

1.2.1 การมีบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

ตาราง 3 แสดงการมีบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ

กฎหมาย	การมีบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย									
	ภาคเหนือ		ภาคกลาง		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคใต้		รวม	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
1. พ.ร.บ.ยา พ.ศ.2510	13	(20.00)	17	(27.42)	26	(26.26)	16	(34.78)	72	(26.47)
2. พ.ร.บ.ยาเสพติดฯ พ.ศ.2564	15	(23.08)	18	(29.03)	23	(23.23)	10	(21.74)	66	(24.26)
3. พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ.2522	19	(29.23)	25	(40.32)	31	(31.31)	16	(34.78)	91	(33.46)
4. พ.ร.บ.เครื่องมือแพทย์ พ.ศ.2551	4	(6.15)	6	(9.68)	4	(4.04)	4	(8.70)	18	(6.62)
5. พ.ร.บ.วัตถุอันตราย พ.ศ.2535	7	(10.77)	13	(20.97)	11	(11.11)	6	(13.04)	37	(13.60)
6. พ.ร.บ.เครื่องสำอาง พ.ศ.2558	13	(20.00)	17	(27.42)	15	(15.15)	13	(28.26)	58	(21.32)
7. พ.ร.บ.ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ.2562	13	(20.00)	19	(30.65)	30	(30.30)	22	(47.83)	84	(30.88)
8. ไม่มีบัตรประจำตัวตามกฎหมายใด ๆ	29	(44.62)	19	(30.65)	29	(29.29)	14	(30.43)	91	(33.46)

จากตาราง 3 การมีบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค การศึกษาพบว่าสาธารณสุขอำเภอไม่มีบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติใด ๆ ถึง ร้อยละ 33.45 และพบว่ากฎหมายที่สาธารณสุขอำเภอมิบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่มากที่สุดคือพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ร้อยละ 33.45 รองลงมาคือ พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 ร้อยละ 30.88

1.2.2 ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

ตาราง 4 แสดงลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ

กฎหมาย	ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่							
	ยังไม่มีโอกาสได้ดำเนินการ		ดำเนินการด้วยตนเอง		มอบหมายผู้อื่นดำเนินการแทน		ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานอื่น	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
1. พ.ร.บ.ยา พ.ศ.2510	39	(14.33)	44	(16.17)	35	(12.86)	154	(56.61)
2. พ.ร.บ.ยาเสพติดฯ พ.ศ.2564	35	(12.86)	45	(16.54)	27	(9.92)	165	(60.66)
3. พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ.2522	20	(7.35)	61	(22.42)	50	(18.38)	141	(51.83)
4. พ.ร.บ.เครื่องมือแพทย์ พ.ศ.2551	87	(31.98)	32	(11.76)	27	(9.92)	126	(46.32)

กฎหมาย	ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่							
	ยังไม่เคยมีโอกาสดำเนินการ		ดำเนินการด้วยตนเอง		มอบหมายผู้อื่นดำเนินการแทน		ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานอื่น	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
5. พ.ร.บ. วัตถุอันตราย พ.ศ. 2535	56	(20.58)	40	(14.70)	32	(11.76)	144	(52.94)
6. พ.ร.บ. เครื่องสำอาง พ.ศ. 2558	32	(11.76)	41	(15.07)	52	(19.11)	147	(54.04)
7. พ.ร.บ. ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562	28	(10.29)	45	(16.54)	47	(17.27)	152	(55.88)

จากตาราง 4 ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค การศึกษาพบว่า สาธารณสุขอำเภอส่วนใหญ่จะปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานอื่นในกฎหมายทุกฉบับมากกว่าร้อยละ 50 โดยกฎหมายที่สาธารณสุขอำเภอมีการดำเนินการร่วมกับหน่วยงานอื่นมากที่สุดคือพระราชบัญญัติยาเสพติดฯ พ.ศ. 2564 ร้อยละ 60.66 กฎหมายที่สาธารณสุขอำเภอมีการมอบหมายผู้อื่นดำเนินการมากที่สุดคือ พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 ร้อยละ 19.11 และกฎหมายที่สาธารณสุขอำเภอดำเนินการด้วยตนเองมากที่สุดคือ พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ร้อยละ 22.42 ส่วนกฎหมายที่สาธารณสุขอำเภอยังไม่เคยมีโอกาสดำเนินการมากที่สุดคือ พ.ร.บ. เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 ร้อยละ 31.98 ดังแสดงในตาราง 4

1.2.3 การเคยปฏิบัติหน้าที่หรือดำเนินการตามกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค

ตาราง 5 แสดงการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

กฎหมาย	เคยปฏิบัติหน้าที่					
	เข้าไปในสถานที่/พาหนะเพื่อตรวจสอบ		ยึดหรืออายัด		สั่งให้กระทำหรือระงับการกระทำ	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
1. พ.ร.บ. ยา พ.ศ. 2510	86.76*	41.17*	12.13*	0.00*	6.61	7.72
2. พ.ร.บ. ยาเสพติด พ.ศ. 2564	86.76*	18.38*	10.29*	0.00	8.08	5.88
3. พ.ร.บ. อาหาร พ.ศ. 2522	85.66*	59.19*	14.33*	1.10	3.67	8.08
4. พ.ร.บ. เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551	84.92*	20.95*	4.41*	0.00	12.86*	6.98
5. พ.ร.บ. วัตถุอันตราย พ.ศ. 2535	82.35*	30.88*	10.29*	0.00	9.55*	10.66*
6. พ.ร.บ. เครื่องสำอาง พ.ศ. 2558	80.51*	53.30*	12.50*	0.00	9.55*	10.66*
7. พ.ร.บ. ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562	84.92*	47.05*	12.50*	2.57	9.55*	12.13

หมายเหตุ *กฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภครวมถึงคู่มือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดว่าด้วยการมอบอำนาจและมอบหมายภารกิจงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ได้มีการมอบอำนาจและมอบหมายภารกิจไว้ให้สาธารณสุขอำเภอดำเนินการ

จากตาราง 5 การเคยปฏิบัติหน้าที่หรือดำเนินการตามกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค การศึกษาพบว่า สาธารณสุขอำเภอส่วนใหญ่เคยปฏิบัติหน้าที่หรือดำเนินการตามกฎหมายในการเข้าไปในสถานที่หรือพาหนะเพื่อตรวจสอบมากกว่าร้อยละ 80 โดยกฎหมายที่สาธารณสุขอำเภอเคยปฏิบัติมากที่สุดคือ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และพระราชบัญญัติยาเสพติด พ.ศ. 2564 ร้อยละ 86.76 เช่นเดียวกัน และยังพบว่าในกรณีของการทำลายยาซึ่งกฎหมายได้มีการกำหนดอำนาจหน้าที่และมอบหมายภาระกิจให้สาธารณสุขอำเภอดำเนินการ กลับไม่มีสาธารณสุขอำเภอใดเคยดำเนินการ ร้อยละ 0.00 แต่กลับพบว่ามีการปฏิบัติหน้าที่ที่กฎหมายไม่ได้มีการมอบอำนาจหรือมอบหมายภาระกิจไว้ให้สาธารณสุขอำเภอดำเนินการ คือการสั่งให้กระทำหรือระงับการกระทำใด ๆ ตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 ซึ่งมีสาธารณสุขอำเภอเคยปฏิบัติถึงร้อยละ 12.13

1.2.4 ความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของ สาธารณสุขอำเภอในภาพรวม การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความมั่นใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.76 รองลงมาอยู่ในระดับมากร้อยละ 29.04 ดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงระดับความมั่นใจรวมในการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ

คะแนนความมั่นใจ	ระดับความมั่นใจ	จำนวน (n=272)	(ร้อยละ)
0 - 7	น้อย	25	(9.19)
8 - 14	ปานกลาง	168	(61.77)
15 - 21	มาก	79	(29.04)

จากตาราง 6 ความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอในภาพรวม การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความมั่นใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.76 รองลงมาอยู่ในระดับมากร้อยละ 29.04

2. เปรียบเทียบการรับรู้บทบาทหน้าที่และความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ

2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค จำแนกตามเพศ

ตาราง 7 แสดงผลการเปรียบเทียบการรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคจำแนกตามเพศ

ปัจจัย	เพศ	M	SD	t	p-value
การรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค	ชาย	28.42	8.22	-0.36	.714
	หญิง	28.93	7.77		
ความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค	ชาย	13.57	3.611	-0.61	.541
	หญิง	13.95	4.189		

จากตาราง 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค จำแนกตามเพศ โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคไม่แตกต่างกัน

2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ตาราง 8 แสดงผลการเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนการรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

ปัจจัย	แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
อายุ	Between Groups	275.73	3	91.91	1.39	.246
	Within Groups	17716.26	268	66.10		
ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง	Between Groups	132.43	3	44.14	0.66	.576
	Within Groups	17859.56	268	66.64		
ระดับการศึกษา	Between Groups	25.97	2	12.98	0.19	.823
	Within Groups	17966.02	269	66.78		

ปัจจัย	แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ภูมิภาค	Between Groups	270.76	3	90.25	1.36	.254
	Within Groups	17721.23	268	66.12		

จากตาราง 8 การเปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ กลุ่มอายุ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง ระดับการศึกษา และภูมิภาคโดยใช้สถิติ One-way ANOVA พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง ระดับการศึกษา และภูมิภาค มีคะแนนการรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ไม่แตกต่างกัน

2.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ตาราง 9 แสดงผลการเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

ปัจจัย	แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
อายุ	Between Groups	26.67	3	8.89	0.64	.585
	Within Groups	3679.07	268	13.72		
ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง	Between Groups	18.55	3	6.183	0.44	.718
	Within Groups	3687.20	268	13.75		
ระดับการศึกษา	Between Groups	7.15	2	3.57	0.26	.771
	Within Groups	3698.59	269	13.74		
ภูมิภาค	Between Groups	21.319	3	7.10	0.51	.671
	Within Groups	3684.43	268	13.74		

จากตาราง 9 การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ กลุ่มอายุ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง ระดับการศึกษา และภูมิภาคโดยใช้สถิติ One-way ANOVA พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง ระดับการศึกษา และภูมิภาคมีระดับความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ไม่แตกต่างกัน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่และระดับความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ

ตาราง 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่และระดับความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ

ตัวแปร	ระดับความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่	
	r	p-value
ระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่	0.22	<.001

จากตาราง 10 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่และระดับความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% พบว่า ระดับ

การรับรู้บทบาทหน้าที่และระดับความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าสาธารณสุขอำเภอมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับมาก เนื่องจากเป็นงานที่ต้องมีการปฏิบัติตามภารกิจที่กฎหมายกำหนด และเป็นภารกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ เพ็ญภา ศรหิรัญ และสุกัญญา หมวดทอง เมื่อปี พ.ศ. 2564 ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นสาธารณสุขอำเภอมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับปานกลาง (เพ็ญภา ศรหิรัญ, สุกัญญา หมวดทอง, 2564) โดย เพศ อายุ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง ระดับการศึกษา และภูมิภาคของสาธารณสุขอำเภอที่แตกต่างกัน มีผลการรับรู้บทบาทหน้าที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่สาธารณสุขอำเภอยังไม่มีโอกาสได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายที่ถูกแต่งตั้งทุกฉบับก่อนได้รับตำแหน่ง โดยอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายเหล่านี้หากสาธารณสุขอำเภอไม่เคยมีประสบการณ์ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค หรือเคยรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายฉบับใดมาก่อนจะทำให้ระดับการรับรู้ในกฎหมายฉบับนั้นมากกว่าคนที่ไม่เคยมีประสบการณ์ สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ตามประสบการณ์ (Constructivist Theory of Perception) ของ Jerome Bruner ซึ่งเสนอว่าการรับรู้ได้รับอิทธิพลจากความรู้เดิม ประสบการณ์ส่วนตัว บริบท และความคาดหวัง (Bruner, Postman, 1949) หากสาธารณสุขอำเภอไม่เคยได้รับมอบหมายให้ดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคมาก่อน จะทำให้มีโอกาสในการรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคมากกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับมอบหมาย ซึ่งไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพศ อายุ ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง หรือภูมิภาคที่สาธารณสุขอำเภอปฏิบัติงานอยู่ และถึงแม้ว่าจะมีการระบุบทบาทหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่ชัดเจนตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขข้อ 21(3) ในการกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและ มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (กฎกระทรวงสาธารณสุขแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567) รวมถึงมีการระบุอำนาจหน้าที่ไว้ชัดเจนเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ในคู่มือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดว่าด้วยการมอบอำนาจและมอบหมายภารกิจงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น (กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น, 2567) ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่อยู่ในความรับผิดชอบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จำนวน 7 ฉบับ หากสาธารณสุขอำเภอยังไม่รับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองจะส่งผลกระทบต่อการใช้กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพได้

ในส่วนของการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ พบว่า สาธารณสุขอำเภอมีการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคร่วมกับหน่วยงานอื่นในการเข้าไปในสถานที่หรือพาหนะเพื่อตรวจสอบการปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายเป็นส่วนใหญ่ ถึงแม้ตามกฎหมายแล้วสาธารณสุขอำเภอจะสามารถดำเนินการเองได้ อาจเนื่องมาจากเป็นภารกิจที่ไม่คุ้นเคย ไม่ค่อยได้ทำ หรือทำได้ยาก ซึ่งอาจมีความเสี่ยงและมีผลกระทบในทางลบต่อผู้ปฏิบัติงาน (จารีลักษณ์ หินชุย, เพ็ญภา ศรหิรัญ, 2563) โดยในการปฏิบัติงานทุกครั้ง กฎหมายทุกฉบับได้กำหนดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัวก่อนปฏิบัติงาน เมื่อมีผู้ร้องขอจึงจะถือว่า การปฏิบัติงานนั้นเป็นการปฏิบัติโดยชอบด้วยกฎหมาย แต่ผลการศึกษากลับพบว่า มีสาธารณสุขอำเภอมากกว่าร้อยละ 30 ไม่มีบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายใด ๆ ซึ่งขัดแย้งกับระดับการรับรู้ในประเด็นของการแสดงบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ ที่สาธารณสุขอำเภอส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าจะต้องแสดงบัตรประจำตัวทุกครั้ง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสาธารณสุขอำเภอยังมีความกังวลหรือไม่แน่ใจว่าตนเองเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายหรือไม่ รวมถึงขั้นตอนและระเบียบในการจัดทำบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความแตกต่างกันในกฎหมายแต่ละฉบับโดยเฉพาะผู้ที่มีอำนาจในการออกบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ ซึ่งมีทั้งปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

และผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นต้น ซึ่งหากสาธารณสุขอำเภอไม่มีบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่อาจมีผลต่อการบังคับใช้กฎหมายและมีความเสี่ยงในการปฏิบัติหน้าที่ได้

ในการปฏิบัติงานของสาธารณสุขอำเภอในบางพื้นที่มีการปฏิบัตินอกเหนือจากที่กฎหมายได้ให้อำนาจไว้ เช่น การสั่งให้กระทำหรือระงับการกระทำใด ๆ ตามพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 ถึงแม้ว่าจะมีระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่อยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่าในการปฏิบัติงานจริงยังขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน อีกทั้งในการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายบางฉบับสาธารณสุขอำเภอยังไม่เคยมีโอกาสดำเนินการได้บ้าง ซึ่งทำให้ การดำเนินงานแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารระดับจังหวัดหรือระดับเขตสุขภาพ โดยเมื่อพิจารณาโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ตาม พ.ร.บ. ระเบียบการบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 และกฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ถูกจัดอยู่ในราชการส่วนภูมิภาค ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในทางปฏิบัติสาธารณสุขอำเภอส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานตามนโยบายที่ได้รับมอบหมายจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือหัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยมีบทบาทในการสนับสนุนและกำกับดูแลหน่วยบริการสุขภาพในระดับอำเภอและตำบล (นงษา สิงห์วีระธรรม, ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล, สันติชัย สุขราษฎร์, พิสิษฐ์ ศรีอัครโกคิน, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย และคณะ, 2568) ซึ่งโครงสร้างกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไม่ได้สอดคล้องกับโครงสร้างกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เนื่องด้วยกรอบอัตรากำลังของบุคลากรที่น้อยกว่าโดยเฉพาะงานด้านกฎหมาย และการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอถูกจัดอยู่ในกลุ่มงานบริหารทั่วไป มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคเฉลี่ยแห่งละ 2 คน ซึ่งแตกต่างจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขแยกออกมาจากกลุ่มงานบริหาร โดยมีเภสัชกรเป็นหัวหน้ากลุ่มงานดูแลในเรื่องของการคุ้มครองผู้บริโภคในภาพรวมของจังหวัด และมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคโดยเฉพาะเฉลี่ย แห่งละ 15 คน (นงษา สิงห์วีระธรรม, ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล, สันติชัย สุขราษฎร์, พิสิษฐ์ ศรีอัครโกคิน, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย และคณะ, 2568) และเมื่อพิจารณาจากคู่มือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดว่าด้วยการมอบอำนาจและมอบหมายภารกิจงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ปี 2567 พบว่าเป็นเพียงการรวบรวมข้อมูลกฎหมาย พระราชบัญญัติ คำสั่ง และประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องไว้เท่านั้น ไม่ได้มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนว่าแต่ละส่วนราชการต้องดำเนินการอย่างไรบ้าง รวมถึงความไม่แน่นอนเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลต่อการกำหนดทิศทางการบริหารราชการ ทำให้การคาดการณ์แนวโน้มบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของหน่วยราชการ อย่างเช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้ไม่ชัดเจน (ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, จุริรัตน์ กิจสมพร, จุฬารัตน์ หัวหาญ, สุรศักดิ์ สุนทร และวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย, 2558) ทั้งนี้สาธารณสุขอำเภอมิมีระดับความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับปานกลาง อาจเนื่องด้วยเป็นงานที่เสี่ยงต่อความขัดแย้งกับผู้ประกอบการในพื้นที่ ซึ่งระดับความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหากมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ตามกฎหมายในระดับมากจะทำให้มีระดับความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่มากตามไปด้วย

ข้อจำกัดในงานวิจัย การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะการรับรู้บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคตามคู่มือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดว่าด้วยการมอบอำนาจและมอบหมายภารกิจงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ปี 2567 ซึ่งไม่ได้นำรายละเอียดในส่วนนโยบายระดับประเทศ ระดับเขต และระดับจังหวัด รวมถึงการเชื่อมโยงการปฏิบัติ

ตามนโยบายแต่ละช่วงเวลาจากส่วนกลางไปยังส่วนภูมิภาคในแต่ละปีงบประมาณ ที่อาจส่งผลให้สาธารณสุขอำเภอ มีการรับรู้และการปฏิบัติที่แตกต่างกันมาเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ทั้งนี้การดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ยังขึ้นอยู่กับนโยบายและการตัดสินใจของผู้บริหารในช่วงเวลานั้น ซึ่งอาจส่งผลต่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้นำเสนอผลของการรับรู้บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ตามที่กฎหมายได้กำหนดหน้าที่ไว้ให้สาธารณสุขอำเภอ โดยอ้างอิงข้อมูลในปัจจุบัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำไปเป็นแนวการปรับโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอในด้านของการคุ้มครองผู้บริโภคให้ชัดเจน เพื่อให้ตรงตามบริบทของระบบงานปฐมภูมิที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการถ่ายโอน โดยเฉพาะการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายและแนวทางการปฏิบัติไม่ให้ทับซ้อนกันระหว่างสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอ
2. นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่ และการบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงพัฒนาคู่มือเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่สามารถปฏิบัติได้จริง เพื่อให้สาธารณสุขอำเภอมีความมั่นใจในการบังคับใช้กฎหมายและสามารถดำเนินการในพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง
3. นำไปเป็นข้อมูลเพื่อตรวจสอบการมีบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายของสาธารณสุขอำเภอ ในกฎหมายด้านอื่น ๆ รวมถึงเป็นข้อมูลในการพิจารณาปรับปรุงขั้นตอนในการจัดทำบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมในส่วนของนโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับประเทศ ระดับเขต และระดับจังหวัด รวมถึงนำแนวทางการปฏิบัติตามนโยบายในแต่ละช่วงเวลา จากระดับกระทรวงสาธารณสุขไปจนถึงระดับสาธารณสุขอำเภอ ที่อาจส่งผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติหน้าที่มาเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
2. ควรมีการศึกษาแนวทางปฏิบัติตามกฎหมายที่ชัดเจนระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการบังคับใช้กฎหมายที่อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
3. ควรมีการศึกษาระบบงานของสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคที่ได้มีการปฏิบัติจริง เพื่อพิจารณาปรับโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติที่รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขรักษาการไม่ให้ทับซ้อนกัน

รายการอ้างอิง

- กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567. (2567). *ราชกิจจานุเบกษา*, เล่มที่ 141 ตอนที่ 12 ก, หน้า 18.
- กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น. (2567). *คู่มือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดว่าด้วยการมอบอำนาจและมอบหมายภารกิจงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.
- จารีลักษณ์ หินชุย และเพ็ญญา ศรีหรั่ง. (2563). ความต้องการในการฝึกอบรมและความสามารถในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับอำเภอของประเทศไทย. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 16(1), 26-36.

- ณธิป วิมุตติโกศล, กมลรัตน์ นุตยกุล, ศรีสุดา ฉ่ำทรัพย์, เฟลิน จำแนกพล, สุชัยญา พลเพชร, อรัญญา เทพพิทักษ์, และบรรจบ จันทร์เจริญ. (2562). *คู่มือการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (อาหารและเครื่องสำอาง) สำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.
- นภาฯ สิงห์วีระธรรม, ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล, สันติชัย สุขราษฎร์, พิสิษฐ์ ศรีอัคคโคทิน, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย และคณะ. (2568). *การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องบทบาทและโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10 ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, จุริรัตน์ กิจสมพร, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, สุรศักดิ์ สุนทร, และวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. (2558). *การวิเคราะห์งาน การจัดอัตราค่าจ้าง และความก้าวหน้าของบุคลากรในระดับบริหารในหน่วยงานบริหารสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- เพ็ญญา ศรีหริ่ง และสุกัญญา หมวดทอง. (2564). *การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุน และ ความตั้งใจในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของสาธารณสุขอำเภอ*. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 17(2), 54-67.
- ระพีพรรณ ฉลองสุข. (2560). *แนวคิดงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ*. *Thai Bull Pharm Sci*, 12(1), 77-89.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of Education Objectives : The Classification of Education Goal*. New York : Longman
- Bruner, J. S., & Postman, L. (1949). On the perception of incongruity: A paradigm. *Journal of Personality*, 18(2), 206-223.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2009). *Research Methods in Education*. Massachusetts: Pearson.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน และภาวะน้ำเกิน
ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คลินิกอายุรกรรมหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำปาง

Relationships between Health Literacy, Fluid Retention Prevention Behaviors,
and Fluid Retention among Patients with Heart Failure,
Medical Heart Failure Clinic, Lampang Hospital

ปนัดดา สวัสดิ์¹, กรรณิการ์ กองบุญเกิด^{1*}, อนรรักษ์ แสงจันทร์², ปิยวรา กาจารย์³

Panadda Sawasdee¹, Kannika Kongbunkird^{1*}, Anurak Sangchan², Piyawara Kajaree³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครอุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง

¹Boromarajonani College of Nursing, Nakorn Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Boromarajonani College of Nursing, Udon thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³Lampang Hospital, Lampang Province

(Received: February 3, 2025; Revised: October 16, 2025; Accepted: October 20, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความรู้ด้านสุขภาพ 2) ระดับพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน 3) ภาวะน้ำเกิน และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน และภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 84 ราย ที่มารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำปาง ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้การคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน และแบบสอบถามภาวะน้ำเกิน ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80, .99, และ 1.00 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95, .86 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (ร้อยละ 53.58) ด้านสุขภาพขั้นการสื่อสาร (ร้อยละ 51.19) และด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณญาณ (ร้อยละ 67.86)
2. พฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70.20)
3. ภาวะน้ำเกิน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 57.14)
4. ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .27, p\text{-value} < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะน้ำเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.44, p\text{-value} < .01$)

พยาบาลวิชาชีพควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม และลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำเกินซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน ภาวะน้ำเกิน ภาวะหัวใจล้มเหลว

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Kannika.K@mail.bcnlp.ac.th)

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine: 1) the level of health literacy 2) the level of fluid retention prevention behaviors 3) the level of fluid retention, and 4) the relationships among these variables in patients with heart failure. The study included 84 patients attending the Medical Heart Failure Clinic at Lampang hospital between September 2023 and May 2024. Participants were selected through purposive sampling based on specific inclusion criteria. Data were collected using three instruments: the Health Literacy Questionnaire, the Fluid Retention Prevention Behaviors questionnaire, and the Fluid Retention Status Assessment Questionnaire. The content validity indices of these instruments were .80, .99, and 1.00, respectively, and the Cronbach's alpha coefficients were .95, .86, and .90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation. The research results are as follows.

1. Health literacy was predominantly at a high level, including functional health literacy (53.58%), interactive health literacy (51.19%), and critical health literacy (67.86%).
2. Fluid retention prevention behavior was predominantly at a high level (70.20%).
3. Fluid retention was predominantly at a low level (57.14%).
4. Health literacy had a low, statistically significant, positive relationship with fluid retention preventive behaviors ($r_s = .27$, $p\text{-value} < .05$), and health literacy had a moderate statistically significant, negative relationship with fluid retention ($r_s = -.44$, $p\text{-value} < .01$).

Therefore, the study confirms that professional nurses should promote health literacy among patients with heart failure to encourage appropriate, effective self-management behaviors and help prevent fluid retention recurrence among patients with heart failure.

Keywords: Health Literacy, Fluid Retention Prevention Behavior, Fluid Retention, Heart Failure

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีความซับซ้อน เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจ เป็นภาวะที่หัวใจอ่อนแรง ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างปกติ (ไวพร พรหมวงศ์, จริญญา มีหนองหว่า, 2564) จากสถิติพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทั่วโลกถึง 64.38 ล้านคน โดยความชุกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ยร้อยละ 1-2 ของประชากรทั้งหมด (Lippi, Sanchis-Gomar, 2020) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยประมาณ 6.2 ล้านคน และเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณ 379,800 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 13.4 ในปี 2018 (Centers for Disease Control and Prevention, 2020) สำหรับประเทศไทยยังไม่มีรายงานความชุกของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่จากการศึกษาในโครงการ Thai- ADHERE Registry พบว่าอัตราการเสียชีวิตของประชากรไทยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับร้อยละ 5.5 ซึ่งสูงกว่าในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ ร้อยละ 3.8 และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 7.5 วัน นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิตภายใน 5 ปี หลังได้รับการวินิจฉัย (ชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2562) ประกอบกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะมี ความเจ็บป่วยอื่นร่วมด้วย ส่งผลให้มีการรอดชีวิตต่ำและอัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลสูง (จิตตวดี เจริญทอง, 2565) สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะได้รับ การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำบ่อยครั้ง คือภาวะน้ำเกิน พบว่าส่วนใหญ่มักจะกลับเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลซ้ำหลังจำหน่ายภายใน 30 วัน (Rouse, Albert, Butler, Morrison, Forney, Meyer, et al., 2016)

ภาวะน้ำเกินเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการแยลงจนต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยมีอาการแสดงของกลุ่มอาการหายใจล้มเหลว ได้แก่ เหนื่อย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ บวม น้ำหนักเพิ่ม เส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง (Rouse, Albert, Butler, Morrison, Forney, Meyer, et al., 2016) และจะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจากการดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้น หากไม่ได้รับการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านอัตราการเสียชีวิต ภาระการดูแล รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (World Health Organization, 2013) ซึ่งกลุ่มอาการหายใจล้มเหลวเกิดจากพยาธิสภาพของหัวใจที่พบบ่อยที่บกพร่อง มีอาการที่สำคัญ 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการหายใจลำบาก เป็นผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน อ่อนเพลีย อ่อนล้า ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง และกลุ่มอาการน้ำและเกลือคั่ง ทำให้มีอาการบวม มีน้ำคั่งในปอดและอวัยวะภายใน (สุมาลี สามัคคานนทการ, สุภาภรณ์ ดั่งแพง, วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2560) ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มักกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำเกิน (พิสมัย อันพันล้า, ภัทรพงษ์ มกรเวส, วาสนา รวยสูงเนิน, 2564) แต่อย่างไรก็ตามภาวะน้ำเกินสามารถป้องกันได้หากผู้ป่วยมีพฤติกรรม การป้องกันน้ำเกินที่เหมาะสม

พฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน (Fluid Retention Prevention Behavior) ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ พฤติกรรมติดตามประเมิน/การเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน พฤติกรรมจำกัดน้ำ พฤติกรรมจำกัดเกลือโซเดียม และพฤติกรรมการรับประทานยาขับปัสสาวะและยารักษาภาวะน้ำเกิน (พิสมัย อันพันล้า, ภัทรพงษ์ มกรเวส, วาสนา รวยสูงเนิน, 2564) ซึ่งได้อธิบายผลมาจากทั้งปัจจัยภายนอกและภายในตัวบุคคล เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคล (วริศรา ปั่นทองกลาง, ปานจิต นามกลกรัง, วินัฐ ดวงแสนจันทร์, 2561) การที่บุคคลมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะน้ำเกินที่ดี จะช่วยลดการเกิดภาวะน้ำเกินและลดการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะน้ำเกินและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลต่ำกว่า ซึ่งในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ดีจะมีอัตราการเกิดน้ำเกินและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงกว่า (Melin, Hagglund, Ullman, Persson, Hagerman, 2018) การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมได้นั้นต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยในตัวบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพได้รับการยอมรับมากขึ้นว่าเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่พฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีและมีประสิทธิภาพ (Son, Shim, Seo, Seo, 2018)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจและทักษะทางสังคม เป็นความสามารถเฉพาะบุคคล ในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และความเข้าใจบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจ เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (พิสมัย อันพันล้า, ภัทรพงษ์ มกรเวส, วาสนา รวยสูงเนิน, 2564) องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ประกอบด้วยทักษะการฟัง พูด อ่าน เขียน ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) ประกอบด้วยทักษะการใช้ความรู้ การสื่อสาร และการรู้เท่าทันปัญหา และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) ประกอบด้วยทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น ทำให้สามารถตัดสินใจในการเลือกวิธีปฏิบัติ จัดการหรือควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่กำลังเผชิญในชีวิตประจำวันได้ (Nutbeam, 2008; Choeisuwan, 2017) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Cajita, Cajita, Han, 2016) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ เลือกใช้ข้อมูล รวมถึงมีการพัฒนาความรู้ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลแต่ละบริบท มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวให้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในกุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินได้

ภาวะน้ำเกิน (Fluid Retention) เป็นภาวะที่ร่างกายมีปริมาณน้ำนอกเซลล์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นผลมาจากการได้รับน้ำหรือโซเดียมมากกว่าปกติ ทำให้ปริมาณโซเดียมในร่างกายเพิ่มขึ้น จนทำให้ความสามารถในการควบคุมสมดุลน้ำของไตและฮอร์โมนบกพร่อง การเพิ่มขึ้นของน้ำนอกเซลล์ทำให้หัวใจทำงานหนัก จนส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจ

ลัมเหลว หรือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 1-1.5 กิโลกรัม จากน้ำหนักตัวเดิมภายใน 1 หรือ 2 วัน หรือมากกว่า 2 กิโลกรัม ภายใน 3 วัน (ธนาพร คุ่มสว่าง, 2563) โดยอาการและการแสดงของภาวะน้ำเกิน ได้แก่ ขาบวม นอนราบไม่ได้ หายใจหอบเหนื่อย และหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง (Rouse, Albert, Butler, Morrison, Forney, Meyer, et al., 2016) เป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งภาวะน้ำเกินสามารถป้องกันและลดความรุนแรงได้ หากผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันภาวะน้ำเกินที่เพียงพอ ผู้ป่วยจะสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการน้ำเกินของตนเองได้ ขณะเดียวกันหากผู้ป่วยไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลให้ขาดความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง พร่องความรู้ในการประเมินอาการ และไม่สามารถจัดการอาการน้ำเกินของตนเองในเบื้องต้นได้ (ไวยพร พรหมวงศ์, จริญญาศรี มีหนองหว้า, 2564) ส่งผลให้อาการรุนแรง คุณภาพชีวิต และอาจนำไปสู่การเข้ารับการรักษาหรือกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวของ พิสมัย อันพันลำ, ภทรพงษ์ มกรเวส, วาสนา รวยสูงเนิน (2564) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ($r = .32, p = .006$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ($r = .31, p\text{-value} = .009$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ($r = .36, p\text{-value} = .002$) นอกจากนี้จากการศึกษาดังกล่าวได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 9 ราย พบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะน้ำเกิน ด้านการจำกัดเกลือในอาหาร และการจำกัดน้ำดื่ม ผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ ไม่ทราบว่าต้องจำกัดเกลือปริมาณเท่าใด ทำให้ปฏิบัติไปตามที่ตนเองคิดว่าถูกต้อง โดยไม่ได้มีการสอบถามหรือศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติม ผู้ป่วยบางรายมีอาการบวม น้ำ แต่ยังคงรับประทานอาหารแบบเดิม และดื่มน้ำปริมาณเท่าเดิมที่เคยดื่ม เนื่องจากคิดว่าไม่เกี่ยวข้องกัน จนมีอาการเหนื่อยหอบจึงมาพบแพทย์ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำเกิน จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนปัญหาของการขาดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการจัดการน้ำเกินในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว อาจกล่าวได้ว่าหากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานต่ำ ขาดทักษะการฟัง พูด อ่าน เขียน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลวและภาวะน้ำเกินต่ำ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านปฏิสัมพันธ์ต่ำ ขาดทักษะการสอบถามข้อมูลหรือแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณต่ำ จะไม่สามารถวิเคราะห์หรือเลือกแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรา ประเสริฐศรี (2559) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีสามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมได้ กล่าวคือผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงหรือเพียงพอจะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย สามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลทางสุขภาพเพื่อดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

ผลกระทบจากความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสมและคุณภาพชีวิตต่ำ โดยหากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทตนเองอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Alspach, 2015) ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวให้หายขาดได้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจึงเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Baliga & Haas, 2015) โรงพยาบาลลำปางเป็นศูนย์โรคหัวใจและหน่วยรังสีรักษา ให้บริการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจทุกชนิด ทั้งผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องได้รับการผ่าตัดหัวใจ การสวนหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงให้บริการผู้ป่วยนอก อาทิเช่น คลินิกอายุรกรรมหัวใจล้มเหลว จากข้อมูล พ.ศ. 2566 ให้บริการผู้ป่วยประมาณ 400 - 600 ครั้งต่อปี พบว่าเป็นผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวประมาณร้อยละ 20 - 30 และมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 28 วัน น้อยกว่า 2 ครั้งต่อราย โดยสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำที่สำคัญคือ ภาวะบวม และหายใจหอบเหนื่อย

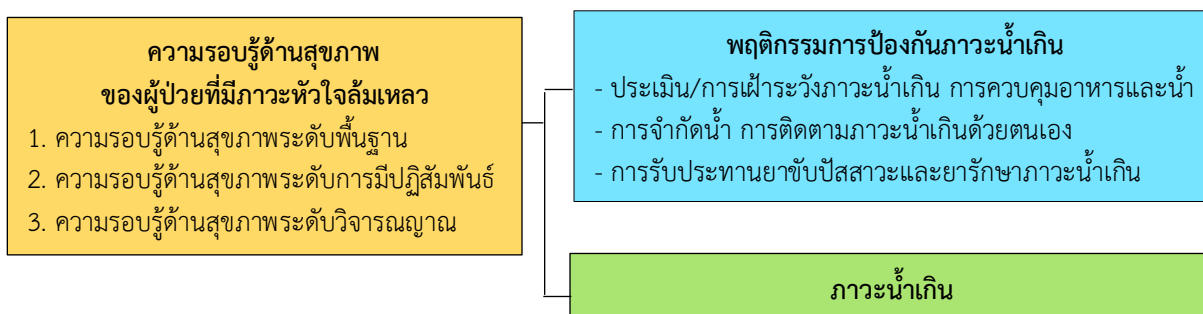
เนื่องจากภาวะน้ำเกิน จากการทบทวนสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีภาวะน้ำเกินจากประวัติพบว่าเกิดจากผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจ ไม่กล้าสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ เข้าไม่ถึงเทคโนโลยีในการสืบค้นข้อมูล ขาดวิจยารณญาณในการคิดวิเคราะห์ในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินและภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในคลินิกอายุรกรรมหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำปาง ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลในการศึกษานี้ไปวางแผนพัฒนาเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในคลินิกอายุรกรรมหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำปาง
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในคลินิกอายุรกรรมหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำปาง
3. เพื่อศึกษาภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในคลินิกอายุรกรรมหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำปาง
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน และภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในคลินิกอายุรกรรมหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำปาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) โดยครอบคลุม 3 ระดับ ระดับแรกคือระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ซึ่งเกี่ยวข้องกับทักษะพื้นฐาน เช่น การฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน ที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าใจและสื่อสารข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระดับที่สอง คือระดับการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) หมายถึงความสามารถในการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ มีส่วนร่วมในการสื่อสารที่มีความหมาย และแสดงให้เห็นถึงความตระหนักในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งเอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเอง และระดับที่สาม คือระดับวิจยารณญาณ (Critical Health Literacy) ซึ่งครอบคลุมทักษะทางปัญญาและสังคมขั้นสูง ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพอย่างมีวิจยารณญาณ ตัดสินใจอย่างรอบรู้ และสนับสนุนความต้องการด้านสุขภาพของตนเอง เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ สามารถแสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายด้วยตนเอง ตีความและเข้าใจข้อความด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง และใช้วิจยารณญาณในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลตนเองหรือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสม ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีความสามารถในการประเมินอาการของตนเอง เฝ้าระวังอาการน้ำเกิน ควบคุมปริมาณน้ำและอาหาร จำกัดการดื่มน้ำเมื่อจำเป็น และปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด นำไปสู่การป้องกันภาวะน้ำเกินที่มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Correlational Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมหัวใจ ล้มเหลว โรงพยาบาลลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรมหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาล ลำปาง จังหวัดลำปาง ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2567 คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด (Purposive Sampling) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหัวใจล้มเหลว (ICD-10-TM รหัส I500 และ I50) มากกว่า 6 เดือน มีระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวตาม NYHA Functional Classification (FC) II หรือ III ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ทั้งชายและหญิง มีสติสัมปชัญญะดี พุดคุยสื่อสารและอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ กรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น หรือขอถอนตัวจากการวิจัยภายหลังจากการให้ความยินยอมแล้ว

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก Exact, Statistical Test เลือก Correlation: Bivariate Normal Model เลือก two tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.3 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 84 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้เก็บข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยจะสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ จำนวนโรคร่วม แบ่งเป็นกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนครั้งของการเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีน้ำเกิน และแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นการวัดระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และลักษณะที่ปรากฏ โดยใช้เกณฑ์การจำแนกสมรรถนะการทำหน้าที่ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association Functional Classification: NYHA-FC) โดยพิจารณาจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและลักษณะอาการที่ปรากฏ แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Williams, Doddamani, Troup, Mowery, Kline, Gerringer, et al., 2017) NYHA-FC I, NYHA-FC II, NYHA-FC III, NYHA-FC IV

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน 5 ข้อ ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ 5 ข้อ ระดับวิจารณ์ญาณ 4 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 13 ข้อ คำถามเชิงลบ 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของ (Intarakamhang, Khammunkul, Boochoa, 2022) โดยแบ่งเกณฑ์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 52.00 - 70.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 33.00 - 51.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 14.00 - 32.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยพฤติกรรมติดตามประเมิน/การเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน พฤติกรรมจำกัดน้ำ พฤติกรรมจำกัดเกลือโซเดียม พฤติกรรมการรับประทานยาขับปัสสาวะและยารักษาภาวะน้ำเกิน จำนวน 15 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวก

และทางลบ ระดับการวัดเป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ โดยแบ่งเกณฑ์ระดับของพฤติกรรม ป้องกันภาวะน้ำเกินเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนนเฉลี่ย 46.00 - 60.00 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 31.00 - 45.00 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 15.00 - 30.00 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันน้ำเกินในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะน้ำเกิน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม มีน้ำหนักเพิ่ม มีอาการกดปุ่ม มีความรู้สึกเหนื่อยหายใจอึดอัด นอนราบไม่ได้ จำนวน 5 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เกณฑ์ในการคิดคะแนนและการแปลผล พิจารณาจากการคำนวณหาอันตรภาคชั้นแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนนเฉลี่ย 19.00 - 25.00 หมายถึง มีภาวะน้ำเกินในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 12.00 - 18.00 หมายถึง มีภาวะน้ำเกินในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 5.00 - 11.00 หมายถึง มีภาวะน้ำเกินในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 2 คน และมีความเชี่ยวชาญด้าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 1 คน และพยาบาลประจำการที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจล้มเหลว 1 คน ตรวจสอบค่า ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลว แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน และแบบสอบถามภาวะน้ำเกิน มีค่าดัชนีความตรงของ เนื้อหา เท่ากับ .80, .99 และ 1.00 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลว แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน และแบบสอบถามภาวะน้ำเกินที่ได้รับการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะแล้วไปทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ในผู้ป่วย โรคหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วย วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาและครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบสอบถามความรอบรู้ด้าน สุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน และแบบสอบถามภาวะน้ำเกิน ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .95, .86 และ .90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และ เข้าพบหัวหน้าพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลินิกอายุรกรรมหัวใจล้มเหลว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนใน การเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของงานวิจัย และประสานขอความร่วมมือพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในคลินิก อายุรกรรมหัวใจล้มเหลว โดยพยาบาลพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก หลังจากนั้นพยาบาลชี้แจง รายละเอียดงานวิจัยและสอบถามความสมัครใจผู้ป่วย ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยเข้าพบผู้ป่วยที่สมัครใจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของงานวิจัยอีกครั้ง หลังจากนั้นให้อาสาสมัครลงลายมือชื่อในแบบ แสดงความยินยอมและให้ตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 84 คน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล นำไปวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้ระหว่าง การเข้าร่วมวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัย 84 คน ไม่มีผู้ถอนตัว สามารถเข้าร่วมวิจัยจนสิ้นสุดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมาวิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. วิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน และภาวะน้ำเกินของผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

3. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน และภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สมิเยร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov Test) พบว่าการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) โดยการกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ (Wiersma & Jurs, 2009) ดังนี้

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.01-0.20 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.21-0.40 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.41 -0.60 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.61 -0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

จริยธรรมวิจัย

วิจัยเรื่องนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง เลขที่ 092/66 ลงวันที่ 27 กันยายน 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.33 มีอายุตั้งแต่ 25 - 80 ปี โดยมีช่วงอายุเฉลี่ย 63.48 ปี ($SD = 12.86$) ช่วงอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 72.60 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.90 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.20 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลานมากที่สุด ร้อยละ 34.50 ส่วนใหญ่มีอาชีพทำไร่ ทำนา ร้อยละ 28.6 และมีรายได้เฉลี่ยเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 48.80 มีโรคประจำตัวร้อยละ 85.70 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 28.20, และ 21.20 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยกว่า 2 ปี มากที่สุด ร้อยละ 39.28 และผู้ป่วยร้อยละ 61.90 เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 1.63 ครั้ง และมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้เกณฑ์การจำแนกสมรรถนะการทำหน้าที่ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association Functional Classification: NYHA-FC) คลาส 2 มากที่สุด ร้อยละ 67.90 รองลงมาคือ คลาส 3 ร้อยละ 32.10

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวคลินิกอายุรกรรมหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำปาง ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้ด้านสุขภาพ (N = 84)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)
ระดับพื้นฐาน	6(7.14)	33(39.28)	45(53.58)
ระดับการมีปฏิสัมพันธ์	14(16.67)	27(32.14)	43(51.19)
ระดับวิจารณ์ญาณ	11(13.10)	16(19.04)	57(67.86)

จากตารางพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.58, 51.19 และ 67.86 ตามลำดับ

3. พฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในคลินิกอายุรกรรมหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำปาง

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ของระดับพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน (N = 84)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 31.00-45.00)	25	29.80
สูง (คะแนนเฉลี่ย 46.00-60.00)	59	70.20

จากตารางพบว่า พฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.20 รองลงมา คือระดับปานกลาง ร้อยละ 29.80 ตามลำดับ

4. ภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ของภาวะน้ำเกิน (N = 84)

ภาวะน้ำเกิน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 5.00 - 11.00)	48	57.14
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 12.00 - 18.00)	22	26.20
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 19.00 - 25.00)	14	16.66

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะน้ำเกินอยู่ในระดับต่ำ สูงที่สุด คือร้อยละ 57.14 รองลงมา คือระดับปานกลาง ร้อยละ 26.20 และระดับสูง น้อยที่สุด คือร้อยละ 16.66 ตามลำดับ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน และภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในคลินิกอายุรกรรมหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำปาง

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของ สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient)

ระหว่างปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน และภาวะน้ำเกิน

ปัจจัย	ความรู้ด้านสุขภาพ		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์		
	เชิงอันดับของ สเปียร์แมน (r_s)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ภาวะน้ำเกิน	-.44	<.001*	ปานกลาง
พฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน	.27	0.012*	ต่ำ

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .27, p\text{-value} < .05$) และความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะน้ำเกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.44, p\text{-value} < .01$)

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสามารถในการประเมิน ตัดสินใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ รวมถึงการเลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างเหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำเกิน แม้ผู้ป่วยร้อยละ 45.20 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา แต่สามารถอ่านออกเขียนได้ ประกอบกับทุกครั้งของการมารับการตรวจตามนัดผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความตระหนักในสุขภาพและการแสวงหาความรู้ที่นำไปสู่การดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตรหลาน ซึ่งมีความสามารถในการใช้งานสื่อออนไลน์ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลและติดต่อกับบุคลากรทาง

การแพทย์ได้ง่ายขึ้น ในบริบทของสังคมดิจิทัลในปัจจุบัน การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพไม่ได้จำกัดอยู่เพียงสื่อสิ่งพิมพ์ แต่ยังรวมถึงสื่อออนไลน์ที่มีความน่าเชื่อถือ สอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ ยินดี (2565) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้สัมพันธ์กับระดับการศึกษาโดยตรง แต่เกี่ยวข้องกับความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นไปในทิศทางเดียวกับ Nutbeam (2008) ที่กล่าวว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เน้นการพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย การรู้เท่าทันสื่อที่มีความน่าเชื่อถือ สื่อสารให้เกิดความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมทักษะการตัดสินใจดูแลสุขภาพบนพื้นฐานข้อมูลและความเข้าใจที่เพียงพอ เมื่อบุคคลได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะสามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลวมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำเกินและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (อนุรักษ์ แสงจันทร์, ศิริพันธ์ ฉวยแสง, 2568) สอดคล้องกับข้อเสนอแนะในการศึกษาของ Cajita, Cajita, Han (2016) ที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ดังนั้น การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงควรคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมและการสนับสนุนอื่น ๆ ที่ช่วยเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

พฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าอยู่ในระดับสูง พบว่าร้อยละ 70.20 มีพฤติกรรมดังกล่าวอย่างเหมาะสม ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมประเมิน/การเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน การควบคุมอาหารและน้ำ การจำกัดน้ำ การติดตามภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง และพฤติกรรมการรับประทานยาขับปัสสาวะ และยารักษาภาวะน้ำเกิน พฤติกรรมเหล่านี้เป็นผลจากคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในช่วงการรักษาในโรงพยาบาล และระยะติดตามผลภายหลังการรักษา การให้คำแนะนำที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบุคคลช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริงในบริบทของตนเอง ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะน้ำเกิน ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสคู่และอาศัยร่วมกับคู่สมรสและบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 34.50 การมีครอบครัวที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวช่วยดูแลเรื่องการควบคุมอาหาร การลดปริมาณโซเดียม และการใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ดีช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอ และคงความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกพลพลเดช เดชแก้ว, นิภาวรรณ สามารถกิจ, เขมรดี มาสิงบุญ (2566) ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้รับอิทธิพลจากสมาชิกในครอบครัวอย่างชัดเจน ดังนั้น การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนด้านการดูแลโดยครอบครัวจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดโอกาสการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีขึ้นในระยะยาว ดังผลจากการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีการเกิดภาวะน้ำเกินอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 57.14 อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มิระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินระดับสูง จึงสามารถกลั่นกรอง ประเมินอาการและตัดสินใจกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำเกินต่ำนั่นเอง

พฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r_s = .27$, $p\text{-value} < .05$) ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีจะมีพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินที่ดี โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา อาการและอาการแสดง รวมถึงแนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม การจำกัดปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยาตามคำแนะนำ และการเฝ้าระวังอาการ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจในเรื่องเหล่านี้จะสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำเกิน สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย อันพันลำ, ภัทรพงษ์ มกรเวส, วาสนา รวยสูงเนิน (2564) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งในขั้นพื้นฐานและขั้นวิจารณ์ญาณ เช่น ความสามารถในการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่มีหัวใจล้มเหลว

ภาวะน้ำเกินมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r_s = -.44$, $p\text{-value} < .01$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่เกิดภาวะน้ำเกิน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดี จึงขาด

ความสามารถในการหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และขาดความรู้ในการจัดการอาการน้ำเกิน (ไวยพร พรหมวงศ์, จริญญาศรี มีหนองหัว, 2564) ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำเกินเกิดขึ้น ทั้งนี้ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว หากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (Alspach, 2015) ประกอบกับในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวให้หายขาดได้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจึงเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค (Baliga, Haas, 2015) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญต่อความสามารถของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำเกิน การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวควรมุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างเหมาะสม โดยบุคลากรทางการแพทย์ควรมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและบริบทของผู้ป่วย นอกจากนี้ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และปฏิบัติตามแผนการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดโอกาสการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีพอจะคงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล

1.1 ออกแบบระบบคัดกรองระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกคน ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อสามารถวางแผนจำหน่ายอย่างเหมาะสมตามศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

1.2 จัดให้มีทีมสหวิชาชีพเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี โดยเน้นพยาบาลเวชปฏิบัติ และเภสัชกรเป็นผู้ร่วมประเมินภาวะน้ำเกินและติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล นำไปพัฒนากลยุทธ์ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะน้ำเกิน เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินได้อย่างถูกต้อง ป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลต่อไป

3. ด้านการวิจัย สามารถพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันภาวะน้ำเกินที่เป็นสาเหตุหลักของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่ดีเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

รายการอ้างอิง

- จิตตวดี เจริญทอง. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *พยาบาลสาร*, 49(3), 149-161.
- ชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562*. เนคสเปต ดีไซน์.
- ธนาพร คุ่มสว่าง. (2563). การจัดการภาวะน้ำเกินและการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล*, 30(3), 213-226.

- พิสมัย อันพันลำ, ภัทรพงษ์ มกรเวส และวาสนา รวยสูงเนิน. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 39(3), 47-59.
- วันเพ็ญ ยินดี. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*, 31(2), 193-206.
- วิศรา ปันทองกลาง, ปานจิต นามกลกรัง และวินัฐ ดวงแสนจันทร์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(4), 152-165.
- ไวยพร พรหมวงศ์ และจรรยาศรี มีหนองหว้า. (2564). ความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 15(37), 377-391.
- สุมาลี สามัคคานนทการ, สุภาภรณ์ ดั่งแพง, และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 28(2), 68-81.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43-54.
- อนุรักษ์ แสงจันทร์ และศิรินันท์ ฉลวยแสง (2568). ปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในระยะ 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล. *วารสารสหราชอาณาจักร*, 18(1), 96-111.
- เอกพลพลเดช เดชแก้ว, นิภาพรณ สามารถกิจ และเขมรดี มาสิงบุญ. (2566) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียดในการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(2), 71-80.
- Alspach, J. G. (2015). Heart failure and low health literacy: Mitigating this lethal combination. *Critical Care Nurse*, 35(5), 10-14.
- Baliga, R., & Haas, G. (2015). *Management Of Heart Failure* (2nd). Department of Internal Medicine, the Ohio State University Wexner Medical Center Columbus USA.
- Cajita, M. I., Cajita, T. R., & Han, H. R. (2016). Health literacy and heart failure: a systematic review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(2), 121-130.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Heart disease and stroke statistics 2020 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 141(9), e139-e596.
- Choeisuwat, V. (2017). Health literacy : Concept and application for nursing practice. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 44(3), 183-197.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Intarakamhang, U., Khammungskul, J., & Boocha, P. (2022). General health literacy scale for Thais and comparison between age groups. *Heliyon*, 8(5).
- Lippi, G., & Sanchis-Gomar, F. (2020). Global epidemiology and future trends of heart failure. *AME Medical Journal*, 3(1), 7-11.

- Melin, M., Hägglund, E., Ullman, B., Persson, H., & Hagerman, I. (2018). Effects of a tablet computer on self-care, quality of life, and knowledge: a randomized clinical trial. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(4), 336-343.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Rouse, G. W., Albert, N. M., Butler, R. S., Morrison, S. L., Forney, J., Meyer, J., et al. (2016). A comparative study of fluid management education before hospital discharge. *Heart & Lung*, 45(1), 21-28.
- Son, Y. J., Shim, D. K., Seo, E. K., & Seo, E. J. (2018). Health literacy but not frailty predict self-care behaviors in patients with heart failure. *International journal of environmental research and public health*, 15(11), 2474.
- Wiersma, W. & G. Jurs, S. (2009). *Research Method in Education an Introduction. (9th ed)*. Massachusetts: Pearson .
- Williams, B. A., Doddamani, S., Troup, M. A., Mowery, A. L., Kline, C. M., Gerringer, J. A., et al. (2017). Agreement between heart failure patients and providers in assessing New York Heart Association functional class. *Heart & Lung*, 46(4), 293-299.
- World Health Organization. (2013). *World Health Statistics 2013*. Geneva, Switzerland: Author. Retrieved March 10, 2025, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564588>.

รูปแบบการดำเนินงานเพื่อเร่งรัดกำจัดไข้มาลาเรียในพื้นที่มีปัญหาความไม่สงบ จังหวัดยะลา Accelerating Malaria Elimination in Conflict-Affected Areas of Southern Thailand : An Operational Model from Yala Province

ปฐมพร พริกชู^{1*}, ปรียาภรณ์ ซุ่ยตา², ปัญญสิริย์ จันทรน้อย²

Pathomporn Prikchoo^{1*}, Preeyaporn Suida², Panyasiri Junnoi²

¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา, ²ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อโดยแมลงที่ 12.1 จ.ยะลา

¹Office of Disease Prevention and Control 12, Songkhla, ²Vector Borne Disease Center 12.1 Yala

(Received: May 23, 2025; Revised: October 27, 2025; Accepted: November 11, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานวิธี นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินผลการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ในปี พ.ศ. 2560 - 2567 ของจังหวัดยะลา 2) ถอดบทเรียนการดำเนินงานกำจัดมาลาเรียของจังหวัด ดำเนินการ 3 ขั้นตอนคือ 1) สืบค้นข้อมูลด้านผลผลิตและผลกระทบจากฐานข้อมูลมาลาเรียของกองโรคติดต่อ นำโดยแมลง 2) ศึกษาผลลัพธ์ด้วยการศึกษาเชิงปริมาณในด้านความรู้และพฤติกรรมป้องกัน ในประชากร 558 ราย ใน 5 อำเภอของจังหวัดยะลาที่ได้ดำเนินโครงการ และ 3) ศึกษาปัจจัยนำเข้าและกระบวนการด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสนทนากลุ่มกับผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐรวม 49 ราย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของจังหวัดกับเป้าหมายของกรมควบคุมโรค ผลการวิจัยพบว่า

1. ในภาพรวมการกำจัดโรคไข้มาลาเรียมีความก้าวหน้ามาก ตัวชี้วัดส่วนใหญ่ได้ผลสูงกว่าเป้าหมายของประเทศ ผู้ป่วยมาลาเรียได้รับการรักษาตามแนวทางของประเทศร้อยละ 100 ประชากรในพื้นที่เสี่ยงนอนในมุ้งชุบสารเคมีร้อยละ 86.70 ในคั่นก่อนการสำรวจ อัตราการเกิดโรคต่อประชากรพันคน ลดลงจาก 6.74 ในปี 2560 เหลือเพียง 0.12 แต่ยังไม่บรรลุผลในการหยุดการแพร่เชื้อในพื้นที่ครบ 3 ปี

2. บทเรียนของการดำเนินงาน พบว่าหน่วยงานสาธารณสุขใช้กลยุทธ์ค้นหาข้อมูลจำนวนผู้ป่วยแต่ละหมู่บ้านแก่ชุมชนเพื่อสร้างความตระหนักต่อปัญหา ทำให้งานกำจัดโรคไข้มาลาเรียเป็นเป้าหมายร่วมของหน่วยงานสาธารณสุขและชุมชน ขยายบริการป้องกัน ตรวจวินิจฉัย รักษา นักสื่อสารของสมาคมยุวมุสลิมได้ทำงานกับผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนาอิสลาม และสมาชิกชุมชน สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่สอดคล้องกับภาษาและวัฒนธรรมของชุมชนเพื่อปรับพฤติกรรมและการมีส่วนร่วม

หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีช่องทางการสื่อสารสองทางเพื่อรายงานกรณีผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว และเพื่อบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคไข้มาลาเรียของจังหวัด หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องวางแผนการดำเนินงานในระยะต่อไปด้วยทรัพยากรภายในประเทศ

คำสำคัญ: กำจัดโรคไข้มาลาเรีย พื้นที่มีปัญหาความไม่สงบ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: porpoh@hotmail.com)

Abstract

This mixed-methods study aimed to 1) evaluate the results of malaria elimination activities implemented during 2017 - 2024 in Yala Province, 2) draw lessons learned from program implementation and utilize them to improve future programming. The study was conducted in three steps. These were 1) extracting and analyzing output and impact data from the malaria information system managed by the Division of Vector Borne Diseases (DVBD), 2) utilizing DVBD's questionnaires and conducting a quantitative survey among 558 participants in five districts where activities have been implemented, to obtain outcome level results on malaria knowledge and preventive behaviors, and 3) conducting semi-structured interviews with public health officials and focus group discussion with relevant community partners on the inputs and processes. The outputs, outcomes and impact data were measured against the indicators and targets set by the Department of Disease Control. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

1. Significant progress toward malaria elimination has been made, most of the important indicators exceeded those of national targets. Patients receiving treatment according to National Treatment Guidelines were at 100%; at-risk population sleeping under insecticide treated net the night before the survey was at 86.70%; and the Annual Parasite Incidence (API) per thousand population decreased from 6.74 in 2017 to 0.12 in 2024. However, Yala has not been able to stop local malaria transmission for 3 years.

2. Lessons learned indicated that public health agencies implemented a case-data feedback strategy, returning malaria case information by village to enhance community awareness and ownership. This fostered collaboration between health authorities and local communities, expanding preventive, diagnostic, and treatment services. Youth Muslim Association communicators worked with community and Islamic religious leaders to convey malaria knowledge in linguistically and culturally appropriate ways, thereby improving health behaviors and participation.

Recommendations are that to improve program performance, relevant health agencies need to establish a two-way open communication channel for timely reporting malaria cases, so to achieve malaria elimination. Responsible public health agencies need to develop future programs planning with local resources.

Keywords: Malaria Elimination, Conflict-affected Area

บทนำ

ประเทศไทยได้ดำเนินการกำจัดโรคไข้มาลาเรียตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2560 - 2569 และมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนและเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยในปีงบประมาณ 2564 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียลดลงเหลือ 3,266 ราย เมื่อเปรียบเทียบกับ 11,595 ราย ในปีงบประมาณ 2560 ที่เริ่มดำเนินการ แต่เมื่อพิจารณาความก้าวหน้าของแต่ละจังหวัด ยังคงมีความท้าทายและจำเป็นต้องเร่งรัดดำเนินการตามแผน และมุ่งเป้าสู่การกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างยั่งยืน (กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) การเปลี่ยนจากการควบคุมโรค (Malaria Elimination) มาเป็นการกำจัดโรค (Malaria Elimination) หมายถึง ลดอัตราป่วย อัตราตาย เพื่อกำจัดเชื้อมาลาเรียในผู้ป่วยที่แสดงอาการและไม่แสดงอาการ และกำจัดแหล่งแพร่เชื้อ ถ้ามีผู้ป่วยมาลาเรียเข้ามา (Imported Case) จะต้องมีมาตรการค้นหาสกัดกั้นและป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่เชื้ออย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเป้าหมายในระดับจังหวัดคือการดำเนินงานจนไม่มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาในพื้นที่ของจังหวัด

แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียตามยุทธศาสตร์เน้นมาตรการเฝ้าระวังและการตอบโต้แหล่งแพร่เชื้ออย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพโดยใช้มาตรการ 1-3-7 ได้แก่ มาตรการ 1 คือการรายงานผู้ป่วยภายใน 1 วัน ไปยังฐานข้อมูลมาลาเรียของประเทศ มาตรการ 3 คือการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อจำแนกชนิดของการติดเชื้อและระบุแหล่งแพร่เชื้อ และการตอบโต้แหล่งแพร่เชื้อภายใน 7 วัน แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียระยะที่ 2 สำหรับปี 2564 - 2568 ของกองโรคติดต่อภายในโดยแมลง ได้กำหนดเป้าตัวชี้วัดที่สำคัญได้แก่ ตัวชี้วัดผลผลิต (Outputs) การเข้าถึงบริการ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes) การรับรู้ พฤติกรรม และความครอบคลุมของมาตรการป้องกัน และตัวชี้วัดผลกระทบ (Impact) ผลทางระบาดวิทยา สำหรับใช้การดำเนินงานถึงปี 2567 (กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

องค์ประกอบเชิงระบบที่สำคัญของการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียของประเทศ ได้แก่ การมีระบบฐานข้อมูลมาลาเรีย (Malaria Information System: MIS) ที่บริหารจัดการโดยกองโรคติดต่อภายในโดยแมลง ภายใต้กรมควบคุมโรค สำหรับการเฝ้าระวังและติดตามประเมินผล (Surveillance and M&E) ที่มีประสิทธิภาพในการแสดงข้อมูลที่ทันต่อเวลาหรือเป็นแบบ Realtime (Lertpiriyasawat, Sudathip, Kitchakarn, Areechokchai, Naowarat, Shah, et al, 2021) ข้อมูลจากเว็บไซต์ และแถบแสดงผล (Dashboard) ของ MIS นี้สามารถแสดงข้อมูลเชิงปริมาณ อาทิ สถานการณ์มาลาเรีย แหล่งแพร่เชื้อ รวมทั้งผลของมาตรการ 1-3-7

จากฐานข้อมูลของกรมควบคุมโรค การดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียของจังหวัดยะลาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2567 จังหวัดยะลาสามารถลดอุบัติการณ์มาลาเรียและจำนวนแหล่งแพร่เชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยลดจำนวนผู้ป่วยลงจาก 3,460 ราย ในปี 2560 ลงมาเหลือเพียง 65 รายในปลายปี พ.ศ. 2567 แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การประเมินรับรองว่าเป็นจังหวัดปลอดมาลาเรียจากกรมควบคุมโรค ซึ่งเกณฑ์สำคัญคือต้องไม่มีการรายงานผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่ของจังหวัด ติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ปี (กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) เนื่องจากข้อมูลปัจจุบันมีเพียงข้อมูลทางระบาดวิทยา แต่ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโครงการในช่วง 8 ปี ที่ผ่านมาที่สำคัญได้แก่ข้อมูลด้านกระบวนการ กิจกรรม องค์ประกอบและปัจจัยต่าง ๆ บทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีร่วมปฏิบัติงาน ตลอดจนระดับความรู้และพฤติกรรมของประชากรเป้าหมายที่นำมาสู่การลดลงของโรค ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการประเมินผล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน สามารถนำไปปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียของจังหวัดในระยะต่อไป อีกประการหนึ่งสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ทำให้การเดินทางเข้าออกพื้นที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องใช้ความระมัดระวัง จึงเป็นข้อน่าสนใจว่าการทำงานมาลาเรียมีการดำเนินงานมาอย่างไร

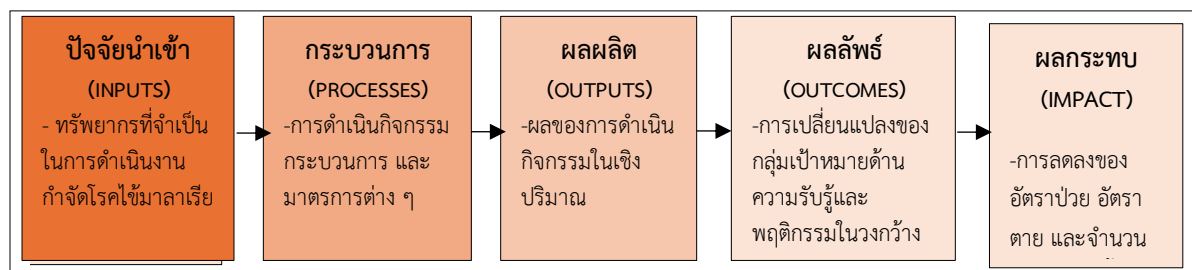
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียในระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2567 ของจังหวัดยะลา และเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ ตามเกณฑ์ของกองโรคติดต่อภายในโดยแมลง
2. เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานกำจัดมาลาเรียของจังหวัดยะลา โดยวิเคราะห์รูปแบบ ลักษณะกระบวนการสำคัญ และประโยชน์ของแต่ละกิจกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

คณะผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดการประเมินโครงการมาลาเรียในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อปานกลางถึงต่ำของ MEASURE Evaluation ซึ่งเป็นองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญในการประเมินผลด้านสาธารณสุขและโครงการมาลาเรียในระดับสากล (Evaluation Task Force of Roll Back Malaria's Monitoring and Evaluation Reference Group, 2019) โดยใช้แนวทางการประเมิน ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ ซึ่งกรอบการประเมิน (Evaluation Framework) นี้อยู่บนพื้นฐานทฤษฎีของการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) ว่าผลจากความสัมพันธ์ต่อเนื่องของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของการดำเนินโครงการมาลาเรีย คือสิ่งที่นำไปสู่ผลลัพธ์

และผลกระทบ และ Malaria Evaluation Taskforce ได้ใช้ กรอบการประเมิน 5 ด้าน นี้ ในภาคสนามของหลายประเทศ ซึ่งสามารถรวบรวมข้อมูลที่เข้มข้น และสามารถแสดงถึงกระบวนการที่สร้างความเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจน (Ashton, Prosnitz, Andrada, Herrera, Ye, 2020) กรอบการประเมิน 5 ด้านนี้ สอดคล้องกับกรอบการประเมินผลสัมฤทธิ์ จาก แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียปี 2564 - 2568 ของกองโรคติดต่อภายใน (กองโรคติดต่อภายใน) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธีชนิดลำดับเชิงอธิบาย (Sequential Explanatory Mixed Methods Design) ตามแนวทางของ Creswell และ Plano Clark (2018) โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อน เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน ระดับความรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชากรในพื้นที่ จากนั้นจึงเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน เพื่ออธิบายและขยายผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น การผสมผสานดังกล่าวช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงผลการประเมินตามกรอบการวิจัย 5 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ

ขั้นตอนที่ 1 สืบค้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จากฐานข้อมูลมาลาเรียของกองโรคติดต่อภายใน โดยแมลงจากระบบ Malaria Information System (MIS) เพื่อนำผลการดำเนินงานและข้อมูลทางระบาดวิทยาของจังหวัดยะลา มาเป็นข้อมูลสำหรับผลผลิต และผลกระทบ ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 3 ทำต่อเนื่องตามลำดับ (Sequential Design) คือในขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเรียบร้อยแล้วจะนำข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณ มาเป็นกำหนดแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในขั้นตอนที่ 3

ดำเนินโครงการกำจัดมาลาเรีย 7 อำเภอ การวิจัยนี้ได้เจาะจงเลือก 5 อำเภอ ที่เคยมีการระบาดสูง ประกอบด้วย อำเภอรือเสาะ อำเภอบันนังสตา อำเภอยะหา อำเภอกาบัง และอำเภอกงหรา ได้ทำการสำรวจและเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากประชากรในพื้นที่ โดยประเมินด้านความรู้ พฤติกรรม และการเข้าถึงบริการเกี่ยวกับมาลาเรีย เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับประเมินระดับผลลัพธ์ และการศึกษาเชิงคุณภาพโดยรวบรวมข้อมูล จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) เกี่ยวกับบทบาท กระบวนการ กิจกรรม และมาตรการที่ได้ดำเนินการ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับประเมินปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อประเมินผลลัพธ์ (ขั้นตอนที่ 2)

ประชากรที่สำรวจ ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ที่ได้ดำเนินโครงการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ใน 5 อำเภอของจังหวัดยะลา ได้แก่ กรงปินัง กาบัง บันนังสตา ยะหา และรือเสาะ รวม 33,635 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่ทำการสุ่มตัวอย่าง ตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน จาก 19 หมู่บ้าน 10 ตำบล และ 5 อำเภอในจังหวัดยะลา คำนวณตามสูตรทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) ได้จำนวน 586 คน เก็บข้อมูลจริงได้จำนวน 588 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 สุ่มตำบล

และหมู่บ้าน ด้วยวิธีจับสลากไม่ใส่กลับ โดยสุ่มตำบลจำนวน 2 ตำบลต่อ 1 อำเภอ และสุ่มหมู่บ้านจำนวน 2 หมู่บ้าน ต่อ 1 ตำบล และขั้นตอนที่ 2 สุ่มหลังคาเรือนในแต่ละหมู่บ้านโดยการคำนวณหาช่วงห่างให้มีการกระจาย และสุ่มหาตัวแทนประชากร 1 คนต่อหลังคาเรือน แสดงผลดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงขั้นตอนวิธีการสุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1				ขั้นตอนที่ 2	
อำเภอ	ตำบล	กลุ่มบ้าน (ประชากร/หลังคาเรือน)		กลุ่มตัวอย่าง	ช่วงห่างหลังคาเรือน
ธารโต (4 ตำบล)	คีรีเขต	ผ่านศึก หมู่2 (238/65)	บ้านกม.8 หมู่3 (188/62)	118 คน	3
	บ้านแห	บุโหล่นนิยะ หมู่4 (491/124)	บ่อหิน หมู่7 (299/92)		
บันนังสตา (5 ตำบล)	บันนังสตา	กาโสด หมู่5 (465/110)	บาโจแกละ หมู่10 (430/93)	118 คน	3
	ถ้ำทะลุ	บันนังบุโบ หมู่ 3 (374/121)	สายเหมืองใหม่ หมู่3 (190/53)		
ยะหา (2 ตำบล)	ละแอ	ปรือรอ หมู่6 (450/108)	เจาะตีมาะ หมู่6 (180/70)	116 คน	3
	ปะแต	เจาะกือเตะ หมู่1 (440/82)	ลือเน็ง หมู่2 (610/101)		
กาบัง (2 ตำบล)	กาบัง	กาบัง หมู่7 (370/65)	-	117 คน	2
	บาละ	คชศิลา หมู่4 (240/94)	คลองน้ำใส หมู่7 (670/150)		
กรงปินัง (3 ตำบล)	สระเอะ	จาเราะซีปะ หมู่5 (510/152)	ตะโละสะโต หมู่6 (600/147)	117 คน	4
	ห้วยกระทิง	ตะโละกวา หมู่1(350/78)	มาะเยาะ หมู่3 (390/90)		

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ คือ แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความรู้ และพฤติกรรมป้องกัน ของการสำรวจ มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2563 โดยกองโรคติดต่อทางแมลง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เป็นแบบเก็บข้อมูลออนไลน์ (Electronic Data Collection) เพื่อเก็บข้อมูลภาคสนาม แบ่งเป็น 6 ประเด็น คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความรู้และการรับรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย ข้อมูลพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย ข้อมูลการมีมุง การใช้มุ้ง การพ่นสารเคมี และความพึงพอใจต่อมุ้งที่แจก และข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครัวเรือน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน คำนวณ Cronbach' Alpha Coefficient โดยแบบสอบถามความรู้ใช้สูตร KR-20 ได้ .78 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมใช้สูตร Cronbach's Alpha ได้ .77 ทั้งสองแบบมีความเชื่อมั่นในระดับดี เหมาะสมต่อการเก็บข้อมูลภาคสนาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอลงเก็บข้อมูลแบบสอบถาม และได้แจ้งให้กลุ่มเป้าหมายทราบก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจัดอบรมทีมเก็บข้อมูลแบบสอบถามออนไลน์ ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ทีมเก็บข้อมูลได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดจำนวน 586 คน และเก็บข้อมูลได้ 588 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 100.34 เนื่องจากการเก็บข้อมูลโดยตรง (On-site)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อประเมินปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ เลือกแบบเจาะจง (Purposive) จากผู้ให้ข้อมูล ใน 4 ระดับ ที่มีบทบาทในการดำเนินงาน ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับบริหาร ได้แก่ เขตสุขภาพ (สคร.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อทางแมลง (ศตม.) ผู้บริหารสมาคมยุวมุสลิมแห่งประเทศไทย (ยมท.) และศูนย์อำนวยการแพทย์ จังหวัดชายแดนภาคใต้ รวม 7 ราย 2) เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการใน 5 อำเภอที่สำคัญได้แก่ กรงปินัง กาบัง บันนังสตา ยะหา และธารโต ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หน่วยควบคุมโรคติดต่อทางแมลง (นคม.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 5 ราย 3) ระดับผู้นำชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล

กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและโต๊ะอิหม่ามรวม 7 ราย และ 4) ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ได้แก่ อสม.ที่เป็นพนักงานมาลาเรียคลินิกชุมชน 17 คน และนักสื่อสารของสมาคมยุวมุสลิมแห่งประเทศไทย 13 คน รวมทั้งหมด 49 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างประกอบด้วย 6 ประเด็นหลักได้แก่ จุดมุ่งหมาย บทบาทและกลยุทธ์การทำงาน ของหน่วยงาน ประโยชน์ของการคืนข้อมูลมาลาเรียสู่ชุมชน ปัจจัยและมาตรการสำคัญที่นำไปสู่การลดลงของโรคไข้มาลาเรีย ความรู้และพฤติกรรมของชุมชนในอดีตเป็นอย่างไร และกระบวนการหรือกิจกรรมอะไรที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านมาลาเรียของชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลทำโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับบริหาร ระดับปฏิบัติการ และผู้นำชุมชน เป็นเวลายาวละ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง และวิธีสนทนากลุ่ม กับผู้ปฏิบัติงานในชุมชนเป็นเวลา 1 ชั่วโมงในเดือนเมษายน พ. ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการถอดเทปเสียง คำสัมภาษณ์ทั้งหมด แล้วทำการวิเคราะห์ตามประเด็นอย่างเป็นระบบ (Theme) ซึ่งสะท้อนถึงประสบการณ์ และความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ทำการเปรียบเทียบคำตอบในคำถามประเด็นเดียวกันจากผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในระดับที่ต่างกัน ได้แก่ ระดับอำเภอ (สสอ.) ตำบล (อบต.) และชุมชน (ผู้นำชุมชน อสม. พนักงานมาลาเรียชุมชน นักสื่อสาร) หรือผู้ปฏิบัติงานในบทบาทเดียวกันแต่อยู่ต่างหมู่บ้านหรือตำบล (อสม. พนักงานมาลาเรียชุมชน นักสื่อสาร) อย่างน้อยจำนวน 3 คน และนำเปรียบเทียบข้อมูลจากแต่ละแหล่งแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อยืนยันความคิดเห็น หลังจากนั้นจึงสังเคราะห์เป็นข้อสรุปสำหรับประเด็นนั้น ๆ

จากผลการดำเนินงาน “รูปแบบการดำเนินงานเพื่อเร่งรัดกำจัดไข้มาลาเรียในพื้นที่มีปัญหาความไม่สงบ จังหวัดยะลา” มีการถอดบทเรียนด้วยแนวทางการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (AAR) เพื่อวิเคราะห์กระบวนการและผลลัพธ์ต่อผู้เกี่ยวข้อง พบว่า การคืนข้อมูลสู่ชุมชน การใช้ระบบสื่อสารออนไลน์ และการบูรณาการทำงานระหว่างหน่วยงานรัฐและภาคีพื้นที่ เป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนความสำเร็จ ประชาชนได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางออนไลน์ ภาคีเครือข่ายระดับชุมชนสามารถนำข้อมูลไปใช้วางแผนและสนับสนุนมาตรการเชิงรุกผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และตอบสนองสถานการณ์ได้รวดเร็ว ส่วนผู้บริหารระดับบนโยนนำข้อมูลจากการทบทวนไปปรับกลยุทธ์และเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรในระยะต่อไป

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการ SCPHYLIB-2567/431 วันที่รับรอง 16 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ 1) การประเมินผลโครงการกำจัดมาลาเรียโดยนำผลการวิจัยทั้ง 3 ขั้นตอน มาเชื่อมโยงประกอบให้ครบ 5 ด้าน ตามกรอบการประเมินผลโครงการมาลาเรีย และทำการเปรียบเทียบ ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ ตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดของกองโรคติดต่อภายในโดยแมลง 2) การถอดบทเรียน รูปแบบการดำเนินงาน และองค์ความรู้จากการดำเนินงาน

1. การประเมินผลโครงการกำจัดมาลาเรีย

1.1 ด้านปัจจัยนำเข้า (Inputs) ได้แก่ทรัพยากรต่าง ๆ ที่ใช้ในการดำเนินงาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึง ปี พ.ศ. 2567 นอกจากงบประมาณปกติของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ประเทศไทยยังได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกด้วย Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) โดยกรมควบคุมโรค มีบทบาทบริหารจัดการโครงการและงบประมาณตามที่ได้มีการอนุมัติ ตามหลักการการดำเนินมาตรการที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับการแพร่ระบาด งบประมาณจากกองทุนโลกครอบคลุมกิจกรรมของหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งได้แก่งบประมาณในการจัดตั้งมาลาเรียคลินิกชุมชน (Malaria Post: MP) เพื่อขยายการเข้าถึงการตรวจรักษา ที่รวดเร็ว และค่าใช้จ่ายในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งมุ่งขูบสารเคมี และค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรขององค์กรภาคประชาสังคม ซึ่งการสนับสนุนนี้จะสิ้นสุดลงในปี 2569

1.2 ด้านกระบวนการ (Processes) กิจกรรม กลยุทธ์ และมาตรการสำคัญ ๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน ควบคุมกำจัดมาลาเรียที่สำคัญ ได้แก่ 1) มาตรการเพื่อควบคุมและลดการลดการระบาดของโรคในระยะแรก 2) การใช้ข้อมูลมาลาเรียของพื้นที่มาเป็นข้อมูลยุทธศาสตร์ในการกระตุ้นความตระหนักและความตื่นตัวของชุมชน 3) การเพิ่มบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาในชุมชนและมาตรการ 1-3-7, 4) การควบคุมยุงพาหะและการกำจัดแหล่งแพร่เชื้อ และ 5) การรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสื่อสารเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

1.2.1 มาตรการควบคุมและลดการระบาด ในปี พ.ศ. 2559 ยะลา มีผู้ป่วยมาลาเรีย 7,600 ราย คิดเป็น 15.20: 1,000 ประชากร เมื่อเริ่มยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียในปี พ.ศ. 2560 จึงต้องดำเนินมาตรการ ควบคุมและลดการระบาดของโรคอย่างเข้มข้น ได้ร่วมมือทำงานกับชุมชน มาตรการที่สำคัญของการควบคุม การระบาด ได้แก่ การตรวจรักษาเชิงรับในที่บริการ การตรวจเลือดหาเชื้อเชิงรุกกับทุกคนในหมู่บ้านเพื่อกำจัดแหล่งรังโรค และการพ่นสารเคมีที่มีฤทธิ์ตกค้างทั้งหมู่บ้านเพื่อควบคุมยุงพาหะ จนถึงปี พ.ศ. 2564 ที่อัตราการเกิดโรคต่อ พันประชากรลดลงเหลือ 0.33 : 1,000 ประชากร จึงลดระดับมาอยู่ที่การกำจัดโรคด้วยมาตรการ 1-3-7

1.2.2 การคืนข้อมูลมาลาเรียสู่ชุมชนในช่วงปี 2559 - 2560 หน่วยงานสาธารณสุขระดับแผนงาน ได้ร่วมกันทบทวนสถานการณ์และวางแผนการทำงานร่วมกัน เจ้าหน้าที่ระดับบริหารของ สคร. 12 ได้ให้ข้อมูลว่า “เนื่องจากสาเหตุและผลของการการระบาดของโรคอยู่ที่ชุมชน ทาง สคร. ได้ใช้ข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลมาลาเรีย ในการวางแผนและชี้เป้าพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อสูง ตำบลและหมู่บ้านไหนที่มีผู้ป่วยมาก ก็จะจัดการดำเนินงานโดยเร่งด่วน และหาวิธีที่ชุมชนจะได้รับข้อมูลโดยตรง”

ในปี 2561 ทาง ศตม.ยะลาได้เริ่มจัดตั้งกลุ่มไลน์หลายกลุ่มเพื่อสื่อสารและกระจายข้อมูลมาลาเรีย แก่ชุมชน ซึ่งเป็นข้อมูลที่ทาง สคร.12 ได้จัดทำขึ้น โดยนำข้อมูลจากฐานข้อมูลมาลาเรียมาทำให้ดูง่าย โดยแสดงข้อมูล ของยะลาเป็นกราฟแท่งและตาราง เป็นรายอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน แคร่ทุกสัปดาห์จนถึงปัจจุบันให้เห็น ความเปลี่ยนแปลงของโรค และมีข้อมูลจำนวนผู้ป่วยมาลาเรียของประเทศ และขณะนี้ยะลาเป็นอันดับที่เท่าไรของ ประเทศ

ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพในทุกกลุ่มได้รับข้อมูลมาลาเรียและให้ความเห็นว่าข้อมูลที่ได้รับมีประโยชน์มาก ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอได้ใช้ข้อมูลในการระบุพื้นที่ว่าที่ไหนมีการระบาดซึ่งทำให้สามารถดำเนินงาน และติดตามได้อย่างตรงเป้า ส่วนผู้ที่ทำงานในระดับชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่อาสาของ ยมท. กล่าวว่า “ในการทำงาน เพื่อให้ชุมชนเกิดความตระหนัก ที่เวทีพูดคุยเราต้องใช้ข้อมูลเป็นตัวนำให้เห็นว่าการระบาด พฤติกรรมของคนในชุมชน เป็นอย่างไร ให้เห็นว่ามาลาเรียที่ระบาดเกิดจากปัจจัยอะไรและบทบาทของใครเป็นอย่างไร” ขณะที่เจ้าหน้าที่มาลาเรีย คลินิกชุมชนและอสม. ซึ่งส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นนักสื่อสารของ ยมท. ด้วยจากทุกอำเภอได้พูดทำนองเดียวกันว่า ข้อมูลมีประโยชน์มาก จึงได้นำไปใช้ในการเปิดประเด็นการพูดคุยเวลาประชุมในหมู่บ้านที่มีสยิด ที่ร้านน้ำชาว่าขณะนี้ หมู่บ้านไหน ตำบลไหนของยะลามีมาลาเรียเท่าไร และจะต้องทำอย่างไรให้มาลาเรียหมดไป

1.2.3 การเพิ่มบริการตรวจวินิจฉัย รักษา และมาตรการ 1-3-7 ด้วยการสนับสนุนงบประมาณจาก กองทุนโลก การสนับสนุนงบประมาณสำหรับเพิ่มจุดบริการ จากหน่วยบริการของภาครัฐที่มีอยู่แล้ว ได้แก่ มาลาเรีย คลินิกที่ดำเนินการโดย นคม. และโรงพยาบาล โดยให้จัดตั้งมาลาเรียคลินิกชุมชน คือในช่วงปี พ.ศ. 2561-2563 มี

91 แห่ง ปี 2564 - 2566 มี 100 แห่ง และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2567 และลดลงเหลือเพียง 10 แห่ง พนักงานมาลาเรียคลินิกชุมชนต้องผ่านการอบรมและทำงานที่ที่พักของตนเอง เมื่อตรวจพบว่ามิเชือกก็สามารถให้ยารักษาสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแทรกซ้อนได้

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อมูลว่า “การทำงานของพนักงานมาลาเรียชุมชนที่เรียกว่า MP สำคัญมาก เพราะในหนึ่งอำเภอมี นค. เดียว อัตรากำลังจำกัด ถ้ามีคนใช้น้อยก็พอจัดการได้แต่เรามีคนใช้มาก พอมีกองทุนโลก มี MP ทำให้บริการได้ครอบคลุมในพื้นที่ระบาด” (หัวหน้า ศตม.12.1 ยะลา) เนื่องจากพนักงาน MP มีความคุ้นเคยกับคนในชุมชน และอยู่ใกล้บ้าน จึงเป็นบริการที่ให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วย “พอเริ่มเป็นไข้ เขาก็จะมาให้เราเจาะเลือดเผื่อจะเป็นมาลาเรีย ตอนกลางวันเค้าต้องทำงาน ถ้ามีไข้ก็จะมาตอนเย็น หรือตอนกลางคืน ตอนดึก ก็มาค่ะ” (อสม. อดีตพนักงาน MP อ.กรงปินัง ปี 2563 - 2567) “ชาวบ้านได้ประโยชน์มาก ในเวลาราชการเขามาที่เรา นอกเวลาราชการเสาร์ - อาทิตย์ ก็ไปที่ MP พนักงาน MP ช่วยเหลือได้อย่างมาก ทั้งติดตามการกินยาให้ครบและมาตรการ 1-3-7 ด้วยทั้งเจาะเลือด ฟันสารเคมี ให้สุศึกษา ทำให้เคสลดลงเร็ว” (หัวหน้า นค. ธารโต)

1.2.4 การควบคุมยุงพาหะและการกำจัดแหล่งแพร่เชื้อ มาตรการควบคุมยุงพาหะที่สำคัญ 3 มาตรการ คือ 1) การใช้มุ้งชุบสารเคมี LLINs ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกเพื่อแจกจ่ายให้ประชาชน โดยมีมุ้งชุบน้ำยา 2 ชนิดคือ มุ้งสำหรับงานนอน ขนาด 2 คนต่อมุ้ง 1 หลัง และมุ้งคลุมเปลสำหรับการพกพาไปประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงยุงกัดในเวลากลางคืน เช่น กรีดยางพารา ล่าสัตว์ เป็นต้น ตั้งแต่ปี 2560 - 2567 ชนิดและจำนวนมุ้งที่แจกใน 7 อำเภอ คือ มุ้ง LLINs 107,384 หลัง และมุ้งคลุมเปล 43,226 หลัง 2) การพ่นสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้างติดผาผนังบ้านเรือนของประชาชนในพื้นที่เสี่ยง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึงปัจจุบัน เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันยุงพาหะก่อนฤดูการระบาดของโรค 2 ครั้งต่อปี นอกจากนี้ยังมีมาตรการพ่นสารเคมีเฉพาะแห่ง (Focal Spray) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการ 1-3-7 เมื่อมีการพบผู้ป่วยมาลาเรียเกิดขึ้น ในช่วงปี 2559 - 2561 สมาชิกชุมชนบางส่วนในอดีต ไม่ยอมให้พ่นสารเคมีภายในหรือภายนอกบ้าน เพราะกลัวจะเป็นอันตรายต่อคนหรือสัตว์เลี้ยง เช่น นก ทำให้ความครอบคลุมยังไม่พอเพียง ต่อมาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พนักงาน MP อสม. และนักสื่อสารของ สมาคมยุวมุสลิม (ยวมท.) ได้ทำความเข้าใจกับสมาชิกชุมชน ว่าสารเคมีที่พ่นไม่เป็นอันตรายต่อคนและสัตว์เลี้ยง ก่อนทำการพ่นก็มีการแจ้งชุมชนล่วงหน้าเพื่อเตรียมความพร้อม ทำให้ได้รับความร่วมมือจากชุมชนเป็นอย่างดี 3) การสนับสนุนเวชภัณฑ์ป้องกันยุง อาทิ สเปรย์ฉีดกันยุง โลชั่นทากันยุง ยาจุดกันยุง ให้ประชาชนได้ใช้ในการป้องกันยุงกัดในครัวเรือนและในการประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงยุงกัดในเวลากลางคืน

1.2.5 การขับเคลื่อนชุมชนและการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลยุทธ์และกระบวนการของ ยวมท. ในการขับเคลื่อนชุมชน ได้แก่ ขั้นแรกคือการประชุมสร้างความรู้ความเข้าใจกับผู้นำชุมชนหรือที่เรียกว่า สี่เสาหลัก ซึ่งเป็นบุคคลที่ชุมชนให้ความเชื่อถือ ได้แก่ ท้องที่ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ท้องถิ่น (อบต. เทศบาล) ผู้นำศาสนา (ชุมชนอิสลามคืออิมาม) และปราชญ์ชาวบ้าน ขั้นตอนต่อมา คือการสื่อสารเรื่องมาลาเรียกับสมาชิกชุมชนเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยวมท. ได้คัดเลือกและอบรมพัฒนา “นักสื่อสาร” จากคนในชุมชนเพื่อทำงานในชุมชนของตน ในชุมชนมุสลิมนั้น โต๊ะอิมามได้มีบทบาทสำคัญในการสื่อสารเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย โดยใช้เวลาในช่วงก่อนการนำละหมาดที่มีสยิด ประชากรส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 81.95 เป็นมุสลิม (องค์การบริหารส่วนจังหวัดยะลา, 2568) ดังนั้นจึงใช้ทั้งภาษาไทยและภาษามลายูถิ่นในการพูดคุยกับสมาชิกชุมชน นักสื่อสารในชุมชนมุสลิมให้ความเห็นว่า การนำคำสอนทางศาสนามาอ้างอิงก็สำคัญในการทำงานป้องกันโรค “ท่านนบีได้บอกไว้ว่า เจ้าจงระวัง 5 อย่าง ก่อนอีก 5 อย่างจะมาถึง 1 ใน 5 นั้นก็คือว่า เจ้าจงรักษาสุขภาพของเจ้าก่อนที่เจ้าจะเจ็บป่วยลง เพราะในหลักการของศาสนาบอกให้เราป้องกันดีกว่าการรักษา” (เจ๊ะซู/ผู้สอนสถานศึกษาจริยธรรมประจำหมู่บ้าน/นักสื่อสาร ของ ยวมท.)

1.3 ด้านผลผลิต เป็นการประเมินการเข้าถึงบริการด้านการป้องกัน ตรวจวินิจฉัยรักษาที่รวดเร็วและการใช้ยา มาลาเรียที่มีประสิทธิภาพ และรวมถึงการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ข้อมูลตัวชี้วัดที่ 7 มาจากการเก็บข้อมูลของ ศตม.12.1 ยะลา) ผลสัมฤทธิ์ ด้านผลผลิตของยะลาในปี 2567 พบว่ามีความเปลี่ยนแปลงในระดับสูง

จากข้อมูลพื้นฐานเมื่อปี 2560 และอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมากเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ตัวชี้วัดของประเทศสำหรับปี 2567 ซึ่งส่วนใหญ่ได้ผลสูงกว่าทุกตัวชี้วัด ดังตาราง 2

สัดส่วนของผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียที่ได้รับรายงานเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลมาลาเรียภายใน 1 วัน ได้ร้อยละ 86.15 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ของประเทศที่ร้อยละ 95 ขณะที่ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการสอบประวัติภายใน 3 วัน อยู่ที่ร้อยละ 96.92 สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 95 เช่นเดียวกับร้อยละของกลุ่มบ้านที่มีผู้ป่วยรายสัปดาห์และได้รับการตอบโต้ภายใน 7 วัน ได้ผลร้อยละ 98.15 สูงกว่าเกณฑ์ที่ร้อยละ 95 ในส่วนของการวินิจฉัยและการรักษา พบว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยถูกต้องตามระบบควบคุมคุณภาพอยู่ที่ร้อยละ 100 และได้รับยาตามแนวทางของประเทศที่ร้อยละ 100 เช่นกัน ด้านมาตรการป้องกันพบว่า ร้อยละของหลังคาเรือนในพื้นที่แพร่เชื้อที่มีมุ้งชุบสารเคมีชนิดออกฤทธิ์ยาวนาน (LLINs) ร้อยละ 95.40 และร้อยละของหลังคาเรือนที่ได้รับการพ่นสารเคมีมีฤทธิ์ตกค้างในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา อยู่ที่ร้อยละ 99.15 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 90 และร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อ (A) ที่มีการสนับสนุนการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย อยู่ที่ร้อยละ 100 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 ในปี 2560

ตาราง 2 เปรียบเทียบตัวชี้วัดผลผลิต (Outputs) การเข้าถึงบริการระหว่างเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ ปี 2567

ตัวชี้วัดผลผลิต	ค่าพื้นฐาน	เป้า	ผล	ร้อยละ
	ยะลา	ประเทศ	ยะลา	การเปลี่ยนแปลง
	2560	2567	2567	
1. ร้อยละของผู้ป่วยมาลาเรียรายงานเข้าสู่ระบบภายใน 1 วัน	37.59	95	86.15	+129.18
2. ร้อยละของผู้ป่วยมาลาเรียสอบประวัติภายใน 3 วัน	70.28	95	96.92	+37.90
3. ร้อยละของกลุ่มบ้านที่มีผู้ป่วยรายสัปดาห์ที่ได้รับการตอบโต้ภายใน 7 วัน	21.96	95	98.15	+346.94
4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียได้รับการตรวจวินิจฉัยถูกต้องตามระบบคุณภาพ	100	99.95	100	0.00
5. ร้อยละของผู้ป่วยมาลาเรียได้รับยารักษาตามแนวทางการรักษาของประเทศ	100	95	100	0.00
6. ร้อยละของหลังคาเรือนในพื้นที่แพร่เชื้อ (A)				
- มีมุ้งชุบสารเคมีชนิดออกฤทธิ์ยาวนาน (LLINs)	N/A	90	95.40	-
- พ่นสารเคมีมีฤทธิ์ตกค้างในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	N/A	90	99.15	-
7. ร้อยละของ อปท. พื้นที่แพร่เชื้อสนับสนุนการกำจัดโรคมาลาเรีย	60	80	100	+66.66

1.4 ด้านผลลัพธ์ ข้อมูลที่แสดงเป็นการประเมินผลของการสื่อสารเพื่อสร้างความรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชากร และความครอบคลุมของมาตรการป้องกัน จากผลการสำรวจประชากรตามขั้นตอนที่ 1 ประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย และพฤติกรรมป้องกันที่สำคัญ ๆ อยู่ในระดับสูง จากตาราง 3 พบว่าประชากรในพื้นที่ดำเนินโครงการส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียในระดับสูง โดยทราบว่าจะกันปล่องเป็นพาหะนำโรค ร้อยละ 99.10 ทราบว่าการกินยาไม่ครบรักษาไม่หาย ร้อยละ 85.10 และทราบอาการสำคัญของโรค เช่น มีไข้หนาวสั่น ร้อยละ 95.40 ส่วนพฤติกรรมป้องกันโรค มีการพ่นสารเคมี ร้อยละ 99.10 นอนมุ้งชุบสารเคมี ร้อยละ 86.7 และเลือกใช้วิธียาจุดกันยุง ร้อยละ 71.80

ตาราง 3 ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรียของประชากรในพื้นที่ดำเนินโครงการ (n = 588)

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย		
- โรคมาลาเรียติดต่อโดยยุงก้นปล่องกัด	583	99.15
- โรคมาลาเรีย “กินยาไม่ครบ รักษาไม่หาย”	503	85.54
- อาการสำคัญของโรคมาลาเรีย เช่น ไข้ หนาวสั่น	561	95.40
พฤติกรรมป้องกันโรคมาลาเรีย		
- ครีวเรือนที่ได้รับการพ่นสารเคมีภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา	583	99.15
- นอนในมุ้งชุบสารเคมีคืนก่อนสำรวจ	510	86.73
- ใช้ยาจุดกันยุง	422	71.77

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของยะลา กับเป้าหมายของประเทศ พบว่า จังหวัดยะลาในปี 2567 มีจำนวนกลุ่มบ้านที่พบการแพร่เชื้อในพื้นที่ A1 และ A2 จำนวน 23 กลุ่มบ้าน จากจำนวน 214 กลุ่มบ้านในปี 2560 ซึ่งลดลงร้อยละ 89.25 จากค่าพื้นฐานยะลา ปี 2560 ขณะที่ร้อยละของประชากรในพื้นที่แพร่เชื้อที่นอนในมุ้งซุบ สารเคมีในคืนก่อนการสำรวจ ร้อยละ 86.73 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 75 ในด้านความรู้ของประชาชน เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย พบว่าร้อยละของประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของโรคว่าถูกยุงกัดหรือยุงกัดปล่อง กัด ร้อยละ 99.15 นอกจากนี้ ร้อยละของประชาชนที่มีความรู้ว่าการกินยาไม่ครบทำให้รักษาไม่หาย ร้อยละ 85.54

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes) การรับรู้ พฤติกรรม และความครอบคลุมของมาตรการป้องกัน

ตัวชี้วัดผลลัพธ์	ค่าพื้นฐาน ยะลา 2560	เป้า ประเทศ 2567	ผลยะลา 2567	ร้อยละ การเปลี่ยน แปลง
1. จำนวนกลุ่มบ้านที่มีการแพร่เชื้อในพื้นที่ (A1, A2)	214	0	23	-89.25
2. ร้อยละของประชากรในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียนอนในมุ้งซุบ สารเคมี (LLINs /LLIHN ITN) ในคืนก่อนการสำรวจ	N/A	75	86.73	-
3. ร้อยละของประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียทราบข้อความ หลักของการกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างน้อย 1 ข้อความใน 6 เดือนที่ ผ่านมา (*การติดต่อของโรค, **ผลการกินยาไม่ครบ)	N/A	95	99.15* 85.54**	-

5. ด้านผลกระทบ เป็นผลด้านระบาดวิทยา ในช่วงปี พ.ศ. 2560 – 2567 อุบัติการณ์โรคไข้มาลาเรียลดลง มาจาก 3,430 ราย ในปี 2560 เหลือเพียง 65 รายในปี 2567 ลดลงร้อยละ 98.25

ตัวชี้วัดผลกระทบประกอบด้วยอัตราการเกิดโรคต่อประชากรพันคน อัตราตายต่อประชากรแสนคน และจำนวน ของอำเภอที่ไม่มีการแพร่เชื้ออย่างน้อย 3 ปี ข้อมูลสำหรับตัวชี้วัดที่ 1 และ 2 มาจากฐานข้อมูลมาลาเรีย (MIS) และข้อมูลสำหรับตัวชี้วัดที่ 3 มาจาก ศตม.12.1 ยะลา

ตาราง 5 พบว่า จังหวัดยะลาในปี 2567 มีอัตราการเกิดโรคไข้มาลาเรียต่อประชากรพันคนอยู่ที่ร้อยละ 0.12 ลดลงจากร้อยละ 6.74 ในปี 2560 คิดเป็นการลดลงร้อยละ 98.21 แต่ก็ยังสูงกว่าเกณฑ์ของประเทศที่ 0.009 สำหรับ อัตราตายด้วยโรคไข้มาลาเรียต่อประชากรแสนคน ยังคงอยู่ที่ร้อยละ 0.000 หรือไม่มีผู้ป่วยตายด้วยไข้มาลาเรีย ในจังหวัดยะลา ในด้านจำนวนและร้อยละของอำเภอที่ไม่มีการแพร่เชื้ออย่างน้อย 3 ปี จังหวัดยะลามีทั้งหมด 8 อำเภอ ซึ่งเป็น อำเภอแพร่เชื้อ 7 อำเภอ ยกเว้นอำเภอเมือง 1 อำเภอ หลังจากดำเนินงานมา 8 ปี ยังไม่มีอำเภออื่น ที่หยุดแพร่เชื้อครบ 3 ปี จึงยังเท่ากับค่าพื้นฐานของจังหวัดยะลาในปี 2560

ตาราง 5 เปรียบเทียบตัวชี้วัดผลกระทบ (Impact) ผลทางระบาดวิทยา ระหว่างเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ ปี 2567 ของยะลา

ตัวชี้วัดผลกระทบ	ค่าพื้นฐานยะลา 2560	เป้าประเทศ 2567	ผลยะลา 2567	ร้อยละการ เปลี่ยนแปลง
1. อัตราการเกิดโรคไข้มาลาเรียต่อประชากรพันคน	6.74	0.009	0.12	- 98.21
2. อัตราตายด้วยโรคไข้มาลาเรียต่อประชากรแสนคน	0.000	0.003	0.000	0.000
3. จำนวน (ร้อยละ) ของอำเภอที่ไม่มีการแพร่เชื้ออย่างน้อย 3 ปี	1/8	928	1/8	0.00

การประเมินผลการกำจัดโรคไข้มาลาเรียจังหวัดยะลาในภาพรวม พบว่า ด้านปัจจัยนำเข้า การดำเนินงาน ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆเพียงพอ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมสามารถดำเนินกิจกรรม และมาตรการต่างๆ ได้ตามยุทธศาสตร์กำจัดมาลาเรียของประเทศ ด้านกระบวนการ หน่วยงานสาธารณสุขได้ใช้ ข้อมูลมาลาเรียเพื่อสร้างความตระหนักในชุมชน มีการขยายบริการด้านการป้องกัน ตรวจวินิจฉัย รักษา อย่างครอบคลุม รวมทั้งการให้สุขศึกษาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายชุมชน ซึ่งปรากฏเป็นผลผลิต ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ที่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดของประเทศ กระบวนการได้ก่อให้เกิดผลลัพธ์ในด้านความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค

ไข้มาลาเรีย และพฤติกรรมป้องกันมาลาเรียที่สูง โดยวัดได้จากผลของการสำรวจใน 5 อำเภอที่เคยมีการระบาดสูง มาตรการ กิจกรรมต่าง ๆ และความร่วมมือของชุมชนที่ได้ดำเนินมาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราการเกิดโรคไข้มาลาเรีย ลดลงอย่างมากในระดับผลกระทบของการดำเนินงาน

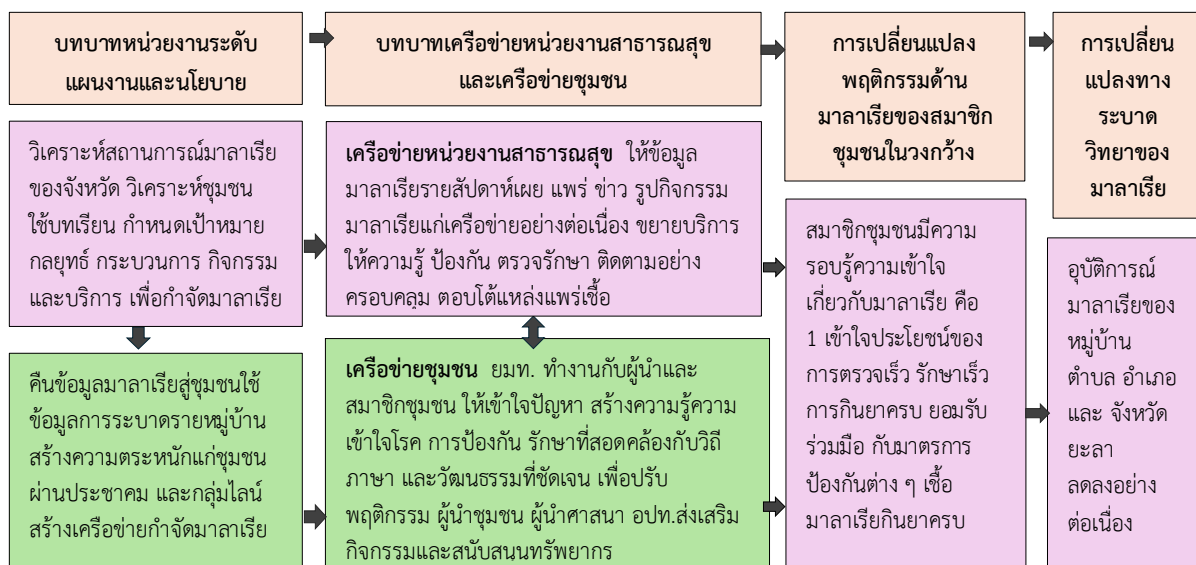
2. บทเรียน รูปแบบการดำเนินงาน และองค์ความรู้จากการวิจัย

จากการประเมินผลโครงการกำจัดโรคไข้มาลาเรียของยะลาในช่วงปี พ.ศ. 2560-2567 ที่สามารถลดอุบัติการณ์โรคได้ในระดับสูงและลดจำนวนแหล่งแพร่เชื้อได้มาก เกิดจากปัจจัยสำคัญใน 3 ระดับ ได้แก่

1. นโยบายกำจัดโรคไข้มาลาเรียของกรมควบคุมโรค งบประมาณการสนับสนุนจากกองทุนโลก และการบริหารจัดการแผนงาน กิจกรรมและงบประมาณของสำนักงานชำนัญพิเศษด้านโรคติดต่อ นำโดยแมลง สายงาน สาธารณสุขทั่วไป และของหน่วยงานภาคประชาสังคม ตามแผนการดำเนินงานในแต่ละปี

2. ยุทธศาสตร์ ศักยภาพเชิงระบบและแนวทางด้านเทคนิควิชาการและมาตรการต่าง ๆ ที่สำคัญได้แก่ ระบบฐานข้อมูลมาลาเรียของประเทศ (MIS) ที่ใช้ในการเฝ้าระวังและตอบโต้สถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว เน้นการรายงาน การสอบสวนโรคและการตอบโต้แหล่งแพร่เชื้อที่รวดเร็ว มาตรการควบคุมยุงพาหะที่ใช้ทั้งการพ่นสารเคมีมีฤทธิ์ตกค้าง มุ้งชุบน้ำยาเคมี (LLINs) การขับเคลื่อนชุมชนและการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและ วัฒนธรรมของประชากรเป้าหมาย

3. การทำงานขับเคลื่อนชุมชน ด้วยกลยุทธ์สื่อสารข้อมูลมาลาเรีย และการปฏิบัติงานมาลาเรียผ่านกลุ่มไลน์ ช่วยลดความจำเป็นในการเดินทางเข้าพื้นที่สูงมาก ความร่วมมือและการประสานงานระหว่างเครือข่ายหน่วยงาน สาธารณสุข และเครือข่ายชุมชน ที่มีอบหมายบทบาทที่ชัดเจนให้แก่ สมาคม ยุวมุสลิมแห่งประเทศไทยซึ่งทำงาน ใกล้ชิดกับเครือข่ายผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชน และนักสื่อสารมาลาเรีย ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ และพฤติกรรมซึ่งนำไปสู่การลดของอุบัติการณ์โรค การดำเนินงานในพื้นที่อย่างจริงจัง ต่อเนื่องยาวนาน แสดงให้เห็น ความตั้งใจจริงของภาครัฐในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย กระบวนการทำงานดังกล่าวได้สรุปไว้ดังผังสรุปองค์ความรู้ จากการดำเนินงาน



ภาพ 2 ผังบทเรียน รูปแบบ องค์ความรู้จากการวิจัย

อภิปรายผล

1. ผลการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

การดำเนินงานควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียในระยะ 8 ปีที่ผ่านมาได้ทำให้อุบัติการณ์โรคและจำนวนแหล่งแพร่เชื้อลดลงมาก แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายการเป็นจังหวัดปลอดมาลาเรีย เมื่อพิจารณาว่า ในปี 2560 ยะลา มีอุบัติการณ์โรคที่สูงและยังอยู่ในระยะของการควบคุมโรค แต่ก็ได้เริ่มดำเนินกิจกรรมตามยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยน่านโยบายมาดำเนินการตามบริบทของพื้นที่ มีการบริหารจัดการในลักษณะการบูรณาการงานมาลาเรียที่เคยดำเนินการโดยหน่วยงานโรคติดต่อมาโดยแมลง มาเป็นการดำเนินการร่วมกับหน่วยงานภายใต้ระบบบริการสาธารณสุขทั่วไปได้แก่โรงพยาบาลต่าง ๆ พร้อมทั้งการระดมความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานมีความก้าวหน้ามาก มีกลยุทธ์ที่ดี แต่ก็มีประเด็นความท้าทาย ที่จะต้องจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคไข้มาลาเรียของจังหวัด

ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ทรัพยากรต่าง ๆ และการบริหารจัดการ งบประมาณของงานมาลาเรียที่ผ่านมาเป็นลักษณะ งบประมาณร่วม (Co-financing) คือมาจากงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขและจากงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ซึ่งได้ส่งผลในด้านความก้าวหน้าในการควบคุมกำจัดมาลาเรียของจังหวัด ซึ่งสอดคล้องกับบทความรายงานถึงประสิทธิผลของโครงการภายใต้กรอบการกำจัดเชื้อมาลาเรียด้อยใน 5 ประเทศแถบลุ่มแม่น้ำโขง ซึ่งได้รายงานมาตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นมา กองทุนโลกได้ใช้งบประมาณกว่า 700 ล้าน ดอลลาร์สหรัฐ ในการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการขยายมาตรการที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การขยายการป้องกัน การบริการตรวจวินิจฉัยรักษาในระดับชุมชน การใช้ยาต้านมาลาเรียที่มีประสิทธิภาพ ระบบเฝ้าระวังที่ดี และความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐและประชาสังคมได้ทำให้การระบาดลดลงมากและบางประเทศได้เข้าใกล้เป้าหมายการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (Pley, Gibbs, Sudathip, Rekol, Nguyen, Whittaker, et al. 2025) แต่การสนับสนุนสำหรับจังหวัดยะลาจะสิ้นสุดลงในปี 2569 ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขในระดับนโยบายและแผนงานได้แก่ ระดับเขตสุขภาพ และจังหวัด จำเป็นต้องจัดทำแผนการดำเนินงานของจังหวัดสำหรับปี 2570 เป็นต้น ไปพร้อมทั้งการจัดเตรียมแหล่งงบประมาณสำหรับกิจกรรม ในประเด็นการระดมความร่วมมือและทรัพยากรในประเทศ ในปี 2564 กองโรคติดต่อมาโดยแมลงได้ศึกษาแบบความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียในจังหวัดมุกดาหาร ศรีสะเกษ จันทบุรี ตราด และ ยะลา พบว่า รูปแบบความร่วมมือมีสองลักษณะคือ หน่วยงานสาธารณสุขหรือกลุ่มของ อสม. ของมุกดาหาร ศรีสะเกษ และยะลา ของงบประมาณสนับสนุนจาก อปท. สำหรับกิจกรรมเกี่ยวข้องกับมาลาเรีย ขณะที่จังหวัดตราดและจันทบุรีได้ดำเนินงานตามนโยบายของ สคร. 6 คือหน่วยงานโรคติดต่อมาโดยแมลงได้สร้างศักยภาพด้านการควบคุมยุงพาหะมาลาเรียและถ่ายโอนบทบาทนี้ไปยัง อปท. และปรับบทบาทมาเป็นการสนับสนุนทางด้านวิชาการ (ชีวินท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, ประทิน ธรรมรักษ์, ประยุทธ์ สุดาทิพย์, ณัฐวุฒิ พรมดา, ประภารัตน์ พรมเอี้ยง, เจตสุดา กาญจนสุวรรณ และคณะ, 2567) นโยบายของ สคร.6 เป็นรูปแบบและแนวทางที่สามารถนำไปสู่ความยั่งยืนของงานมาลาเรียทั้งด้านงบประมาณและปฏิบัติงานในระยะยาว

ด้านกระบวนการ กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การคืนข้อมูลการระบาดของมาลาเรียแก่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในชุมชนและแสดงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่และพนักงานของสมาคมยุวมุสลิมได้พัฒนาสร้างเสริมศักยภาพและขยายบทบาทของผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อิสลาม อสม. และนักสื่อสาร ให้มาเป็นกำลังสำคัญในการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน และการกักกันให้ครบ การกระจายข้อมูลมาลาเรียอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายชุมชนได้ติดตามความก้าวหน้าหรือมีส่วนในการประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งถือได้ว่าเป็นนวัตกรรมในการสร้างมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีชุมชนเป็นฐานสามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาของชุมชนได้ (รติยานภิศ พลเสก, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, ดลปัทม ทรงแปล, 2561) และแนวทางการดำเนินงานชุมชนซึ่งประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหาของชุมชน 2) การวางแผนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต

3) การกำหนดกิจกรรม 4) การดำเนินกิจกรรม และ 5) การประเมินผลกิจกรรม (รศ.ยานภิกษ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วระจก, วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาไลมา สำแดงสาร, ดลปภฏ ทรงแเลิศ, 2561) และยังเน้นว่า การได้รับทราบข้อมูลที่บ่งชี้เกี่ยวกับสถานะสุขภาพชุมชนเป็นข้อมูลที่สำคัญในการทำให้ชุมชนมีความตระหนัก และความต้องการในการพัฒนาการสร้างความรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม ภาษา และวัฒนธรรม ของกลุ่มเป้าหมายโดยสมาคมมุสลิมนับเป็นปัจจัยสำคัญ ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ที่สูง การนำหลักการและการปฏิบัติ ทางศาสนาอิสลามมาส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและได้ผลที่ดีกว่าการให้คำแนะนำตามปกติ สอดคล้องกับ ผลของการการศึกษาถึงทดลองกับผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมใน 2 พื้นที่ศึกษา อำเภอมะนัง จังหวัดปัตตานี (สุนันทา กาญจนพงศ์, 2566) และจังหวัดยะลา (มาติยะห์ มะเก็ง, ปิยณัฐ จิตตุนนท์, อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร, 2561) และข้อสรุปของบทความเกี่ยวกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมจังหวัดชายแดนภาคใต้กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 6 อ (นิรัชรา ลิลละฮ์กุล, ปัทมา สุพรรณกุล, 2561)

ด้านผลผลิต ผลจากฐานข้อมูลมาลาเรียแสดงผลงานของยะลา เกือบทุกตัวชี้วัดได้ผลเกินเกณฑ์ที่กำหนด ยกเว้นการรายงานเข้าระบบภายใน 1 วัน ที่ทำได้ร้อยละ 86.15 จากเป้า ร้อยละ 95 ปัจจุบันระบบการรายงานกรณี ผู้ป่วยมาลาเรีย ยังเป็น 2 ระบบ คือระบบของโรงพยาบาลคือการรายงาน 506 ขณะที่ระบบฐานข้อมูลมาลาเรียของ กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง เป็นอีกระบบหนึ่งที่เรียกว่ามาลาเรียออนไลน์ที่เป็นข้อมูลพื้นฐานของ MIS ข้อมูลของทั้ง 2 ระบบยังไม่เชื่อมโยงประสานกันในลักษณะเวลาจริง ในระดับปฏิบัติการเจ้าหน้าที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง (นคม.) เป็นผู้ใส่ข้อมูลเมื่อได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล แต่ผลของตัวชี้วัด การสอบสวนโรคภายใน 3 วัน และการตอบโต้แหล่งแพร่เชื้อภายใน 7 วัน ยังสามารถทำได้สูงกว่าเป้า ความท้าทายในการรายงานข้อมูลลักษณะนี้ เป็นความท้าทายเชิงระบบ และเกิดขึ้นในจังหวัดอื่นด้วย จากการศึกษาประเมินผลมาตรการ 1-3-7 ของพื้นที่ใน 3 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2563 เพื่อหาสาเหตุและปรับปรุงการแจ้งเตือนเข้าระบบ ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ร้อยละ 64 พบว่าเนื่องจากความล่าช้าและช่องทางการสื่อสารจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมายัง เจ้าหน้าที่ นคม. เช่นกัน และได้เสนอแนะวิธีแก้ปัญหา โดยการตั้งกลุ่มไลน์มาลาเรียของจังหวัดเพื่อการติดต่อ รับ-ส่ง แจ้งข้อมูลผู้ป่วยมาลาเรียโดยทุกหน่วยงาน ทุกระดับเมื่อตรวจพบผู้ติดเชื้อมาลาเรียทุกราย (สุชนา สีหะวงษ์, วิริยา ลิ้มปิที่ปรการ, วิลาวัลย์ สุขยา, วิภารัตน์ คำภา, สุรจิต เต็มวงษ์, 2565)

ด้านผลลัพธ์ ผลจากการสำรวจครั้งนี้พบว่าประชากรในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียมีความรู้เกี่ยวกับโรค ไข้มาลาเรียอยู่ในระดับสูงคือทราบเกี่ยวกับการติดต่อของโรคคือถูกยุงกัดหรือยุงกัดปล่องกัด ถึงร้อยละ 99.15 ความรู้ เกี่ยวกับการรักษาคือผลของการกินยาไม่ครบจะทำให้รักษาไม่หายที่ร้อยละ 85.54 และในระดับพฤติกรรมป้องกัน ได้แก่ การนอนในมุ้งชุบสารเคมีที่ร้อยละ 86.73 นับเป็นผลที่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับผลของการสำรวจความรู้ และพฤติกรรมด้านมาลาเรียของประชากรในพื้นที่แพร่เชื้อของประเทศโดยกรมควบคุมโรค ครั้งล่าสุด เมื่อปี พ.ศ. 2563 ซึ่งพบว่าประชากรในพื้นที่แพร่เชื้อที่นอนในมุ้งชุบสารเคมีเพียงร้อยละ 36.87 ในด้านความรู้เกี่ยวกับการติดต่อ ของโรคไข้มาลาเรียอยู่ที่ร้อยละ 51.10 และทราบผลของการกินยาไม่ครบอยู่ที่ร้อยละ 51.80 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ด้านผลกระทบ จากการสืบค้นข้อมูลทางระบาดวิทยาจากฐานข้อมูลมาลาเรีย (MIS) จำนวนกรณีผู้ป่วยของ ยะลาลดลงจาก 3,460 ราย ในปี 2560 เหลือเพียง 65 ราย ในปี 2567 หรือลดลงร้อยละ 98.25 อัตราการเกิดโรคต่อ ประชากรพันคน (API) ลดลงจาก 6.74 ในปี 2560 เหลือ 0.33 ในปี 2564 และ เหลือเพียง 0.12 ในปี 2567 แต่ก็ยัง ไม่มีอำเภอใดที่สามารถหยุดการแพร่เชื้อเกินกว่า 3 ปีจาก 7 อำเภอที่มีการแพร่เชื้ออยู่เดิม ในทางปฏิบัติเนื่องจาก ยะลามิการะโรคที่สูง เมื่อมีการเปลี่ยนนโยบายจากการควบคุมโรคมาเป็นการกำจัดโรค ยะลาจึงต้องดำเนินการ ควบคุมโรคอย่างเข้มข้น ถึง 4 ปี ก่อนที่ API จะลดลงเหลือ 0.33 ในปี 2564 การดำเนินการกำจัดโรคไข้มาลาเรียจนไม่มี การติดเชื้อในพื้นที่เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาหลายปี กองโรคติดต่อฯ โดยแมลงได้รายงาน ว่า ณ ปี งบประมาณ 2566 มีจังหวัดที่ผ่านการรับรองปลอดโรคไข้มาลาเรียจำนวน 42 จังหวัด จากทั้งหมด 78 จังหวัด (กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ดังนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการเป็นจังหวัดปลอดมาลาเรีย จังหวัดยะลา

ยังจะต้องดำเนินงานต่อไปอีกระยะหนึ่ง ซึ่งจะต้องอาศัยการวางแผนกิจกรรมต่าง ๆ และระดมงบประมาณภายในประเทศจากแหล่งต่าง ๆ

2. บทเรียนจากการดำเนินงานที่ผ่านมา

ความสำเร็จในการลดโรคของจังหวัดยะลา เกิดจากการขับเคลื่อนนโยบายยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรีย และการดำเนินกิจกรรมในหลายระดับที่ส่งเสริมสอดคล้องกันด้วยงบประมาณที่เพียงพอ และบทบาทจากทั้งภาครัฐและภาคีเครือข่ายชุมชน จึงนำไปสู่การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในระดับพื้นที่ได้ การขับเคลื่อนในหลายระดับนี้สอดคล้องกับโมเดลนิเวศวิทยาทางสังคม (Ecological Model) ของพรณี ปานเทวัญ (2560) ได้ศึกษาและสรุปว่า “หลักการของโมเดล คือ พฤติกรรมสุขภาพถูกกำหนดหรือได้รับอิทธิพลจากลักษณะภายในบุคคล ระหว่างบุคคล องค์กร ชุมชน และนโยบายสาธารณะโดยกลยุทธ์ที่สำคัญในการจัดการหรือกระทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำเป็นต้องใช้การดำเนินงานหลาย ๆ ระดับเข้ามามีบทบาทในการแก้ปัญหาพฤติกรรมแต่ละชนิด” บทเรียนที่สำคัญคือการดำเนินงานที่ได้ทำอย่างต่อเนื่อง จริงจัง จึงจะสามารถสร้างความรู้เข้าใจในประชากรเป้าหมาย ความร่วมมือจากชุมชน และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นของชุมชนได้

การนำผลวิจัยไปใช้

1. มาตรการ 1-3-7 ที่การรายงานการแจ้งเตือนภายใน 1 วันไม่ทันเวลา ควรมีการจัดตั้ง กลุ่มไลน์ในการรายงานการพบผู้ป่วยในระดับจังหวัดเพื่อเป็นการรับ-ส่งข้อมูลแบบสองทาง เพื่อความรวดเร็วในการประสานงาน และพื้นที่จะได้ดำเนินการได้ทันเวลา

2. หน่วยงานหลักระดับเขตสุขภาพและจังหวัด ร่วมกันจัดทำแผนการดำเนินงานกำจัดมาลาเรียล่วงหน้า ด้วยการระดมทรัพยากรในประเทศ ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับปี 2570 เป็นต้นไปก่อนที่จะสนับสนุนจากกองทุนโลกสิ้นสุดลง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษากลไกการเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชนมุสลิมอย่างละเอียด: โดยเฉพาะบทบาทของภาษา คำสอนทางศาสนา และโครงสร้างสังคมท้องถิ่น

2. การประเมินผลเป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินว่าสถานการณ์โรคที่ดีขึ้นสามารถคงอยู่ได้หรือไม่ ในช่วงระยะที่การสนับสนุนจากกองทุนโลกสิ้นสุดลง

รายการอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานการสำรวจมาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2563. นนทบุรี:

กระทรวงสาธารณสุข.

กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้ มาลาเรีย พ.ศ. 2564-2568. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2568 จาก

https://malaria.ddc.moph.go.th/downloadfiles/Elimination_malaria_y2564-2568_plan.PDF

กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือประเมินรับรองจังหวัดปลอดไข้ มาลาเรียปี 2565. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์

กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). แนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดเชื้อ มาลาเรียที่ดีเยี่ยมในภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง พ.ศ. 2567-2569. (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์

- กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *POR (Prevention of Re-establishment of Malaria Transmission) แนวทางการป้องกันการกลับมาแพร่เชื้อใหม่โรคไข้มาลาเรีย ประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดิไซน์
- ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, ประทีน ธรรมรักษ์, ประยุทธ์ สุดาทิพย์, ณัฐวุฒิ พรหมดา, ประภารัตน์ พรหมเอี้ยง, เจิดสุตา กาญจนสุวรรณ และคณะ. (2567). *บทเรียนและรูปแบบความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับตำบลเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรีย*. *วารสารควบคุมโรค*, 50(1), 87-97.
- นิรัชรา ลิลละฮ์กุล และปัทมา สุพรรณกุล. (2561). *วิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมจังหวัดชายแดนภาคใต้กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 6 อ*. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, (5)2, 302-312.
- พรณี ปานเทวัญ. (2560). *โมเดลเชิงนิเวศวิทยาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2), 7-15.
- มาดีอะห์ มะแก้ง, ปิยะนุช จิตตุนนท์ และอาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร. (2561). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และไม่มีโรคร่วม*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(1), 48-62.
- รศ.ดร.รัชชานันท์ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วกระจก, วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาไลมา สำแดงสาร, และดลปภัฏ ทรงเลิศ. (2561). *กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ*. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 11(1), 1-13.
- รศ.ดร.รัชชานันท์ พละศึก, เบญจวรรณ ถนอมขยธวัช, และดลปภัฏ ทรงเลิศ. (2561). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม*. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, (5)1, 211-223.
- สุญา สีหะวงษ์, วิริยา ลิ้มปิติไพศาล, วิลาวัลย์ สุขยา, วิภารัตน์ คำภา, และสุรจิต เต็มวงษ์. (2565). *การประเมินผลมาตรการ 1-3-7 เฝ้าระวังกำจัดไข้มาลาเรียเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2563*. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*, 20(1), 9-21
- สุนันหา กาญจนพงศ์. (2566). *การพัฒนาแบบการสร้างสุขภาพดี วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่นับถือศาสนาอิสลาม*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(ฉบับเพิ่มเติม 1), S86-S100.
- องค์การบริหารส่วนจังหวัดยะลา. (2568). *ข้อมูลทั่วไปจังหวัดยะลา*. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2568 จาก <https://yalapao.go.th/th/general-info/>
- Ashton, R., Prosnitz, D., Andrada, A., Herrera, S., & Ye, Y. (2020) Evaluating malaria programmes in moderate and low transmission settings: practical ways to generate robust evidence. *Malaria Journal*, 19(75), 1-14. doi.org/10.1186/s12936-020-03158-z
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Evaluation Task Force of Roll Back Malaria's Monitoring and Evaluation Reference Group. (2019). *Framework for Evaluating National Malaria Programs in Moderate and Low Transmission Settings*. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, University of North Carolina.
- Lertpiriyasuwat, C, Sudathip, P., Kitchakarn, S., Areechokchai, D., Naowarat, S., Shah, J., et al, (2021). Implementation and success factors from Thailand's 1-3-7 surveillance strategy for malaria elimination. *Malaria Journal*, 20(201), 1-12. doi.org/10.1186/s12936-021-03740-z



Pley, C., Gibbs, H., Sudathip, P., Huy, R., Nguyen, T. Q., Whittaker, M., et al. (2025). Impact of the Global Fund Regional Artemisinin-resistance Initiative on malaria control and elimination in the Greater Mekong subregion of southeast Asia. *The Lancet Infectious Diseases*, 25(6), e353–e359. doi.org/10.1016/S1473-3099(25)00013-1

Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. (3rd ed.). New York: Harper and Row.

ความคิดเห็นและมุมมองต่อบทบาทหน้าที่ ภารกิจและโครงสร้าง
 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
 ภายหลังการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 Opinion and Perspectives of Relevant Personnel on the Roles, Missions,
 and Organizational Structures of Provincial and District Public Health Offices
 Following the Transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals
 to Local Administrative Organizations

นกษา สิงห์วีรธรรม^{1*}, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล¹, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย², นนท์ จินดาเวช²,
 เกษมศานต์ ชัยศิลป์², ไชยวิสุทธิ์ อุดทาโม³

Noppcha Singweratham¹, Pallop Siewchaisakul¹, Wilailuk Ruangrattanatra², Non Chindavech²,
 Kasamsan Chaisil², Chaiwisut Autthamo³

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ²กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

³สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน

¹Faculty of Public Health Chiang Mai University, ²Strategy and Planning division, Office of permanent secretary,
 Ministry of Public Health, ³Wiang Nong Long District Public Health, Lamphun Province

(Received: September 23, 2025; Revised: November 25, 2025; Accepted: December 10, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้ เพื่อสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อบทบาท หน้าที่ ภารกิจ
 และโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ภายหลังการถ่ายโอน
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) การศึกษาใช้มุมมอง 3 ด้าน
 ได้แก่ สสจ.และ สสอ. มองตนเอง สสจ.และ สสอ. มองซึ่งกันและกัน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
 (รพศ./รพท.) มอง สสจ.และ สสอ. กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ รพศ./
 รพท. และบุคลากร สสอ.ทั่วประเทศ รวม 752 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม
 อีเล็กทรอนิกส์ 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นต่อบทบาทและภารกิจของสสจ. และความคิดเห็นต่อ
 บทบาทและภารกิจของสสจ. มีค่าดัชนีความสอดคล้อง .67-1.00 และค่าความเชื่อมั่น .73 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย
 สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า

ความคิดเห็นต่อการปรับบทบาท หน้าที่ ภารกิจและโครงสร้างของ สสจ. ส่วนใหญ่สอดคล้องกัน ยกเว้น
 ประเด็นการลดขนาดและอัตรากำลังของฝ่ายที่เคยเกี่ยวข้องกับรพ.สต. โดย สสจ.และสสอ.ไม่เห็นด้วย แต่ รพศ./
 รพท.เห็นด้วย สำหรับความคิดเห็นต่อการปรับบทบาทและโครงสร้างของสสอ. พบว่าส่วนใหญ่มีความเห็นที่
 แตกต่างกัน ในประเด็นการคงบทบาทและอัตรากำลังเหมือนเดิม การลดขนาดและอัตรากำลังเฉพาะตำแหน่งที่จำเป็น
 การเพิ่มภารกิจด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้งการยุบ ควบรวม สสอ.

ดังนั้นจึงควรพิจารณาการบริหารจัดการโครงสร้างของ สสจ. และ สสอ. แบบยืดหยุ่น ไม่ยึดติดเขต
 การปกครองอำเภอ โดยอาจใช้รูปแบบคลัสเตอร์ หรือรวมสสอ. บางพื้นที่เข้ากับ สสจ. ปรับขนาดองค์กรให้สอดคล้อง
 กับภารกิจและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน มากกว่าการกำหนดตามพื้นที่ เพื่อให้การจัดบริการสาธารณสุข
 มีประสิทธิภาพและตอบสนองปัญหาจริง

คำสำคัญ: บทบาทและโครงสร้าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครอง
 ส่วนท้องถิ่น การถ่ายโอน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha.s@cmu.ac.th)

Abstract

This study employed a descriptive research design to explore the perspectives of relevant personnel regarding the roles, functions, and organizational structures of Provincial Public Health Offices (PPHO) and District Public Health Offices (DPHO) following the transfer Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPHs) to local administrative organizations (LAOs). The investigation examined three perspectives: (1) self-assessment by PPHO and DPHO, (2) mutual assessment between PPHO and DPHO, and (3) assessment of PPHO and DPHO by regional/general hospitals. The study sample consisted of Provincial Chief Medical Officers, directors of regional and general hospitals, and DPHO personnel nationwide, totaling 752 participants selected through purposive sampling. Data were collected using an electronic questionnaire comprising three sections: general information, perceptions regarding the roles and functions of DPHO, and perceptions regarding the roles and functions of PPHO. The questionnaire demonstrated an index of item-objective congruence ranging from .67 to 1.00 and a reliability coefficient of .73. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results indicated that perceptions toward restructuring the roles and functions of PPHO were largely consistent, except for the issue of downsizing and reducing workforce capacity in units previously responsible for SHPHs operations. PPHO and DPHO personnel disagreed with this adjustment, whereas regional/general hospital directors agreed. Regarding DPHO, most participants shared similar views except on issues such as reducing positions to essential ones only, merging DPHOs into district clusters, and integrating DPHO roles under PPHO supervision. PPHO and DPHO personnel opposed these measures, while regional/general hospital directors were supportive.

These findings suggest that structural and managerial reforms of PPHO and DPHO should be considered with a flexible approach, independent of administrative district boundaries. Possible strategies include establishing clusters or merging selected DPHOs with PPHO, adjusting organizational size to match health functions and population health needs rather than geographical areas, thereby enhancing efficiency and responsiveness in public health service delivery.

Keywords: Roles and Organizational Structure, Provincial Public Health Office, District Public Health Office, Local Administrative Organization, The Transfer

บทนำ

การกระจายอำนาจเป็นแนวคิดหลักในการพัฒนาของหลายประเทศ (Cohen, Peterson, 1999) โดยการปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Government) เป็นการจัดระเบียบการบริหารของภาครัฐซึ่งดำเนินการตามหลักการกระจายอำนาจ (Decentralization) มีการใช้อำนาจที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation) ภายใต้หลักการที่ว่า “รัฐบาลกลางที่ดีที่สุด คือรัฐบาลที่ใช้อำนาจปกครองประเทศน้อยที่สุด” (Wei, 2000) โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิในการเลือกตั้งผู้แทนตนเองเข้าไปทำงานบริหารจัดการ ในตำแหน่งสมาชิกสภาท้องถิ่น เพื่อทำหน้าที่ด้านนิติบัญญัติการปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นรูปแบบการบริหารจัดการภาครัฐที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน และโดยประชาชนร่วมกันบริหารทรัพยากรภายในชุมชนท้องถิ่นของตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเอง (ัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา, วิทยา โชคเศรษฐกิจ, ภัควัฒน์ ภูริพงศ์ธนาวัต, อุกฤษณ์ กฤตยโสภณ, ณัฐนภ ศรัทธาธรรม, เยาวลยา อ่อนโพธิ์ทอง, 2564) ร่วมกันวางแผนประโยชน์อันพึงมีต่อท้องถิ่นของตนเอง (ชูศักดิ์ เทียงตรง, 2518) ดังนั้นการบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็จะมีอำนาจบริหารจัดการอย่างอิสระตามขอบเขตที่รัฐบาลกำหนดให้

(จรวยพร ศรีศลักษณ์, สายสิริ อิศราณวณิษฐ์, 2558) เพื่อให้สนองตอบความต้องการและแก้ไขปัญหาของประชาชนในพื้นที่

จากแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ด้านการถ่ายโอนภารกิจกำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจด้านการให้บริการปฐมภูมิที่อยู่กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดย รพ.สต. รพช. และ รพท. ตั้งอยู่เขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระยะสุดท้ายของแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ด้านการถ่ายโอนภารกิจ (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2564) ระบุว่าหากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดไม่พร้อมรับการถ่ายโอนก็ให้ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ดำเนินการ (เจริญพงษ์ ศุภธีระธาดา, 2563) โดยผ่านรูปแบบคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยการถ่ายโอน รพ.สต. ให้กับ อปท. โดยพบว่า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอน รพ.สต. จำนวน 27 แห่งในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 28 แห่งในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 17 แห่งในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 5 แห่ง ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 1 แห่งในปี พ.ศ. 2562 และจำนวน 8 แห่ง ในปี พ.ศ. 2563 รวมทั้งสิ้น 65 แห่ง (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2564; ศรวณีย์ อวนศรี, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, สมณีก โชติช่วงฉัตรชัย, ศศิวิมล อ่อนทอง, นิพนธ์ ปาณะพงศ์, ธนินทร์ พัฒนศิริ, 2567) จากจำนวน รพ.สต. 9,787 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการบังคับใช้กฎหมายและการนำนโยบายไปปฏิบัติอาจจะไม่ได้เป็นไปตามขั้นตอนการตรากฎหมายและกำหนดนโยบาย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เป็นส่วนราชการประจำจังหวัดในสังกัดราชการบริหารส่วนภูมิภาคของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยได้มีการกำหนดอำนาจหน้าที่ในกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2567 ดังนี้ 1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด 2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด 3) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดเป็นไป ตามนโยบายของกระทรวง 5) พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด 6) ปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552; กระทรวงสาธารณสุข, 2560; กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งจะเห็นได้ว่ากฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ที่มีมาก่อนการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 ที่ออกมาหลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ก็กำหนดอำนาจหน้าที่ของ สสจ. และ สสอ. เหมือนเดิม

จากบทบาทของ สสจ. และ สสอ. ภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ที่เป็นระยะเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนที่แสดงถึงบริบทที่เปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในอนาคต (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นภา สิงห์วีระธรรม, มโน มณีฉาย, ดารุง คำวงศ์, นิตยธิดา ภัทรธีรกุล, สุพัสตรา เสนสาย และคณะ, 2566) ทั้งนี้การปรับโครงสร้าง บทบาทภารกิจ และระบบการดำเนินงาน รวมถึงกรอบอัตรากำลังที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง ควรนำความคิดเห็นและมุมมองของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อบทบาทหน้าที่ ภารกิจและโครงสร้างของ สสจ. และ สสอ. มาประกอบการพิจารณาด้วย เพื่อให้การปรับโครงสร้าง บทบาทภารกิจ และระบบการดำเนินงานของสสจ. และ สสอ. มีประสิทธิภาพและส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาความคิดเห็นและมุมมองของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อบทบาทหน้าที่ ภารกิจและโครงสร้างของ สสจ. และ สสอ. ภายหลังการถ่าย รพ.สต. ไปยัง อปท. เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการปรับเปลี่ยน

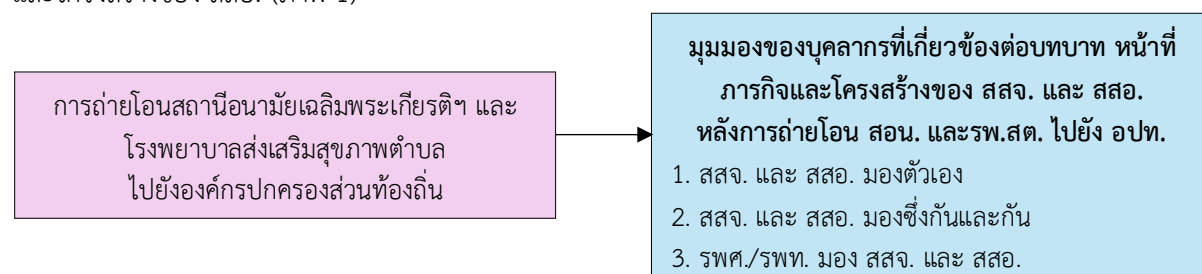
โครงสร้าง และบทบาทภารกิจของ สสจ. และ สสอ. เพื่อให้เกิดการกำกับดูแลงานด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของประชาชนได้ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความคิดเห็นและมุมมองของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อบทบาท หน้าที่ ภารกิจและโครงสร้างของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หลังการถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ (สอณ.) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการศึกษาครั้งนี้ ความคิดเห็นและมุมมองของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อบทบาท หน้าที่ ภารกิจและโครงสร้างของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หลังการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยแบ่งเป็น ความคิดเห็นต่อการปรับเปลี่ยน บทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของ สสจ. และความคิดเห็นต่อการปรับเปลี่ยน บทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของ สสอ. (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในราชการส่วนภูมิภาคภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่งทั่วประเทศไทย ประกอบด้วย สสจ. จำนวน 76 แห่ง สสอ. จำนวน 878 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 165 แห่ง รวมทั้งสิ้น 1,119 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน สสจ./สสอ./รพศ./รพท. คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (นพ.สสจ.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ (ผอ.รพศ.) และหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป (ผอ.รพท.) จังหวัดละ 1 คน และสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ทุกแห่งทั่วประเทศไทย จำนวนทั้งหมด 156 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสำรวจความคิดเห็นต่อบทบาทและภารกิจของ สสจ. และ สสอ. โดยทีมวิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นเองตามกรอบกฎหมาย และกฎกระทรวงสาธารณสุขตามบทบาทหน้าที่ของของ สสจ. และ สสอ. ในประเด็นการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ การรับรู้บทบาทหน้าที่ และการคาดการณ์บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ตำแหน่ง พื้นที่รับผิดชอบ(ถ่ายโอนทั้งหมด/ถ่ายโอนบางส่วน/ยังไม่ได้ถ่ายโอน)

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อบทบาทและภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในปัจจุบันและหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (ทุกหน่วยงาน) โดยเป็นคำถามแบบเลือกตอบ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แสดงความคิดเห็น

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อบทบาทและภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในปัจจุบันและหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (ทุกหน่วยงาน) โดยเป็นคำถามแบบเลือกตอบ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แสดงความคิดเห็น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่าง .67 – 1.00 และค่าความเที่ยงตรง (Reliability) จากการนำไปทดลองใช้กลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวน 10 คน โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 10 คน และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 30 คน เท่ากับ 0.73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะกรรมการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประสานไปยังกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและให้กระจายแบบสอบถามการวิจัย
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุขทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยไปยัง สสจ. สสอ. และ รพศ./รพท. ทั่วประเทศไทยเพื่อให้ตอบแบบสอบถามโดยแนบ QR Code หรือ Link เข้าสู่เว็บไซต์ Google Form
3. เก็บข้อมูลแบบออนไลน์ ผ่านการสแกนผ่าน QR Code หรือ Link เข้าสู่เว็บไซต์ Google Form โดยมีการแสดงเอกสารชี้แจง ระบุวัตถุประสงค์ ระยะเวลา สิทธิของผู้ตอบ ความลับของข้อมูล และช่องทางติดต่อผู้วิจัย โดยให้ผู้ตอบแสดงความยินยอม กดปุ่มยืนยัน (Consent Button) ก่อนเริ่มทำแบบสอบถาม
4. ติดตามการตอบแบบสอบถามออนไลน์
5. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถาม นำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบที่ได้จากแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย
6. วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสำรวจความคิดเห็นที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บได้ โดยนำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) อธิบายคุณลักษณะทั่ว ๆ ไป ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยตัวแปรเชิงนาม (Categorical Data) นำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สคพ. 023-2567) COA No. IHRP2024040 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 สถานการณ์การถ่ายโอนฯ ในจังหวัดของผู้ตอบแบบสอบถาม

สถานการณ์การถ่ายโอนฯ	ถ่ายโอนทั้งหมด จำนวน (ร้อยละ)	ถ่ายโอนบางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ยังไม่ถ่ายโอน จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	9 (4.79)	33 (8.09)	10 (6.42)	52 (6.91)
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	159 (84.57)	285 (69.85)	112 (71.79)	556 (73.94)
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	20 (10.64)	90 (22.06)	34 (21.79)	144 (19.15)
รวม	188 (25.00)	408 (54.26)	156(20.74)	752 (100.00)

จากตาราง 1 ผลการสำรวจแบบสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ สสจ. และ สสอ. ทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อปท. พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 752 คน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 556 คน คิดเป็นร้อยละ 73.94 รองลงมา คือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 19.15 และ สสจ. จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 6.91 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสถานการณ์การถ่ายโอนในจังหวัดของผู้ตอบแบบสอบถามพบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มจังหวัดที่มีการถ่ายโอนบางส่วน จำนวน 408 คน คิดเป็นร้อยละ 54.26

2. มุมมองความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อบทบาท หน้าที่ ภารกิจและโครงสร้างของ สสจ. และ สสอ. หลังการถ่ายโอน สอน.และรพ.สต. ไปยัง อปท.

2.1 ความคิดเห็นต่อการปรับเปลี่ยน บทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของ สสจ.

ตาราง 2 แสดงผลแสดงความคิดเห็นต่อการปรับเปลี่ยน บทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของ สสจ. ในมุมมองของ สสจ. สสอ. และ รพศ./รพท.

บทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของ สสจ. ในกรณีที่มีการถ่ายโอน	(1) สสจ. มอง ตนเอง			(2) สสอ. มอง สสจ.			(3) รพศ./รพท. มอง สสจ.		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แสดงความคิดเห็น	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แสดงความคิดเห็น	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แสดงความคิดเห็น
	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ
1. คงบทบาท และ อัตรากำลังเหมือนเดิม	36 (69.23)	12 (23.08)	4 (7.69)	348 (62.59)	138 (24.82)	70 (12.59)	58 (40.28)	56 (38.89)	30 (20.83)
2. ลดขนาดและอัตรากำลังในฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของ รพ.สต.ในอดีต ให้เป็นไปตามภารกิจที่ลดลง	13 (25.00)	34 (65.38)	5 (9.62)	206 (37.05)	284 (51.08)	66 (11.87)	57 (39.58)	50 (34.72)	37 (25.69)
3. เพิ่มขนาดและอัตรากำลังของ สสจ. เพื่อรองรับบทบาทและภารกิจที่เปลี่ยนไป	34 (65.38)	11 (21.15)	7 (13.46)	261 (46.94)	194 (34.89)	101 (18.17)	67 (46.53)	40 (27.78)	37 (25.69)
4. เพิ่มภารกิจด้านการประสานกับ อบจ. รวมถึงการจัดการระบบสารสนเทศและความรู้เพื่อการแพทย์และการสาธารณสุขในจังหวัดบูรณาการดีขึ้น	48 (92.31)	0 (0.00)	4 (7.69)	461 (82.91)	42 (7.55)	53 (9.53)	101 (70.14)	12 (8.33)	31 (21.53)
5. เพิ่มภารกิจด้านบริการรักษาพยาบาล หรือ หัตถกรรม หรือการแพทย์แผนไทย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ	23 (44.23)	20 (38.46)	9 (17.31)	291 (52.34)	161 (28.96)	104 (18.71)	75 (52.08)	34 (23.61)	35 (24.31)
6. เพิ่มภารกิจด้านบริการรักษาพยาบาล หรือ หัตถกรรม หรือการแพทย์แผนไทย เพื่อเพิ่มรายได้ให้ สสจ.	29 (55.77)	16 (30.77)	7 (13.46)	296 (53.24)	159 (28.60)	101 (18.17)	75 (52.08)	31 (21.53)	38 (26.39)
7. ปรับเพิ่มภารกิจที่ที่ผ่านมาทำได้ไม่เต็มที่ เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภค อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม	47 (90.38)	5 (9.62)	0 (0.00)	433 (77.88)	64 (11.51)	59 (10.61)	96 (66.67)	15 (10.42)	33 (22.92)
8. ลดบทบาทและภารกิจที่สามารถมอบหมายหรือถ่ายโอนให้ อบจ. ดำเนินการแทนได้	38 (73.08)	9 (17.31)	5 (9.62)	364 (65.47)	119 (21.40)	73 (13.13)	88 (61.11)	25 (17.36)	31 (21.53)

จากตาราง 2 ความคิดเห็นต่อการปรับเปลี่ยน บทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของ สสจ. ในมุมมองของ สสจ. มองตนเอง สสอ. รพศ. และรพท.มอง สสจ.พบว่า ส่วนมากมีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนี้ การคงบทบาทและอัตรากำลังของ สสจ. เหมือนเดิม (1) สสจ. มองตนเอง ร้อยละ 69.23 (2) สสอ. มอง สสจ. ร้อยละ 62.59 และ (3) รพศ./รพท. มอง สสจ. ร้อยละ 40.28 ยกเว้นความคิดเห็นควรลดขนาดและอัตรากำลังในฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของ รพ.สต.ในอดีต ให้เป็นไปตามภารกิจที่ลดลง ยกเว้นความคิดเห็นที่ว่า สสจ.ควรลดขนาดและอัตรากำลังในฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของ รพ.สต. ในอดีต ให้เป็นไปตามภารกิจที่ลดลง พบว่า สสจ. ไม่เห็นด้วยร้อยละ 65.38 สสอ. ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 51.08 แต่ รพศ./รพท. ส่วนใหญ่เห็นด้วย ร้อยละ 39.58

2.2 ความคิดเห็นต่อการปรับเปลี่ยน บทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของ สสอ.

ตาราง 3 แสดงผลแสดงความคิดเห็นต่อการปรับเปลี่ยน บทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของ สสอ. ในมุมมองของ สสจ. สสอ. และ รพศ./รพท.

บทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของ สสอ. กรณีที่มีการถ่ายโอน	(1) สสอ. มองตนเอง			(2) สสจ. มอง สสอ.			(3) รพศ./รพท. มอง สสอ.		
	เห็นด้วย N (%)	ไม่เห็น ด้วย N (%)	ไม่แสดง ความเห็น N (%)	เห็นด้วย N (%)	ไม่เห็น ด้วย N (%)	ไม่แสดง ความเห็น N (%)	เห็น ด้วย N (%)	ไม่เห็น ด้วย N (%)	ไม่แสดง ความเห็น N (%)
1. คงบทบาทและอัตรากำลังเหมือนเดิม	389 (69.96)	135 (24.28)	32 (5.76)	23 (44.23)	25 (48.08)	4 (7.69)	55 (38.19)	59 (40.97)	30 (20.83)
2. ลดขนาดและอัตรากำลังเหลือเฉพาะ ตำแหน่งที่จำเป็นตามภารกิจที่ปรับลดลง	61 (10.97)	447 (80.40)	48 (8.63)	22 (42.31)	24 (46.15)	6 (11.54)	61 (42.36)	46 (31.94)	37 (25.69)
3. เพิ่มขนาดและอัตรากำลังเพื่อรองรับ บทบาทและภารกิจที่เปลี่ยนไป	448 (80.58)	60 (10.79)	48 (8.63)	29 (55.77)	19 (36.54)	4 (7.69)	70 (48.61)	41 (28.47)	33 (22.92)
4. เพิ่มภารกิจด้านการประสาน การจัดการ ระบบสารสนเทศและความรู้เพื่อให้ การแพทย์และการสาธารณสุขในพื้นที่ บูรณาการ	493 (88.67)	34 (6.12)	29 (5.22)	50 (96.15)	2 (3.85)	0 (0.00)	103 (71.53)	17 (11.81)	24 (16.67)
5. เพิ่มภารกิจด้านบริการรักษาพยาบาล หรือทันตกรรม หรือการแพทย์แผนไทยเพื่อ เพิ่มการเข้าถึงบริการ	321 (57.73)	166 (29.86)	69 (12.41)	18 (34.62)	31 (59.62)	3 (5.77)	83 (57.64)	32 (22.22)	29 (20.14)
6. เพิ่มภารกิจด้านบริการรักษาพยาบาล หรือทันตกรรม หรือการแพทย์แผนไทยเพื่อ มอบภาระงานให้กับคนที่ไม่ถ่ายโอนแล้วมา อยู่ สสอ.	351 (63.13)	148 (26.62)	57 (10.25)	19 (36.54)	30 (57.69)	3 (5.77)	78 (54.17)	32 (22.22)	34 (23.61)
7. เพิ่มภารกิจด้านบริการรักษาพยาบาล หรือทันตกรรม หรือการแพทย์แผนไทยเพื่อ เพิ่มรายได้ให้ สสอ.	349 (62.77)	140 (25.18)	67 (12.05)	20 (38.46)	30 (57.69)	2 (3.85)	81 (56.25)	31 (21.53)	32 (22.22)
8. ปรับเพิ่มภารกิจตามข้อกฎหมายที่ทำได้ ไม่เต็มที่ เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภค อาชีว อนามัยและสิ่งแวดล้อม ให้ทำงานได้มากขึ้น	484 (87.05)	40 (7.19)	32 (5.76)	48 (92.31)	2 (3.85)	2 (3.85)	107 (74.31)	12 (8.33)	25 (17.36)
9. สสจ. กระจายอำนาจให้ สสอ. มีบทบาท และภารกิจในการกำกับดูแลระบบสุขภาพ ในพื้นที่เพิ่มเติม เช่น การขึ้นทะเบียนสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพ ฯลฯ	460 (82.73)	54 (9.71)	42 (7.55)	39 (75.00)	9 (17.31)	4 (7.69)	92 (63.89)	21 (14.58)	31 (21.53)
10. ลดจำนวน สสอ. โดยยุบรวมตาม รูปแบบส่วนราชการประจำอำเภอแบบกลุ่ม อำเภอ โดยหนึ่งแห่งรับผิดชอบพื้นที่อำเภอ ที่ตั้งอยู่และพื้นที่ใกล้เคียง	39 (7.01)	463 (83.27)	54 (9.71)	9 (17.31)	35 (67.31)	8 (15.38)	60 (41.67)	38 (26.39)	46 (31.94)
11. ควรรวมบทบาทของ สสอ. เข้ากับ สสจ. โดยกำหนดให้มีกลุ่มงานและ อัตรากำลังมารับผิดชอบภารกิจด้านการ สาธารณสุขในระดับอำเภอแทน	127 (22.84)	383 (68.88)	46 (8.27)	15 (28.85)	32 (61.54)	5 (9.62)	75 (52.08)	26 (18.06)	43 (29.86)
12. ให้กระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย ภารกิจหน้าที่ และกำหนดตัวชี้วัดตาม กฎหมายที่ให้ สสอ. เป็นผู้รักษาการเพื่อให้มี ขอบเขตการทำงานที่ชัดเจน	478 (85.97)	38 (6.83)	40 (7.19)	40 (76.92)	8 (15.38)	4 (7.69)	98 (68.06)	13 (9.03)	33 (22.92)

จากตาราง 3 ความคิดเห็นต่อการปรับเปลี่ยน บทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของ สสอ. ในมุมมองของ สสอ. มองตนเอง สสจ. รพศ. และรพท. มอง สสอ. พบว่า ส่วนมากมีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกัน ยกเว้นควรลดขนาด และอัตรากำลังเหลือเฉพาะตำแหน่งที่จำเป็นตามภารกิจที่ปรับลดลงไม่เห็นด้วยจากมุมมอง (1) สสอ. มองตนเอง ร้อยละ 80.40 และ (2) สสจ. มอง สสอ. ร้อยละ 46.15 ส่วนเห็นด้วยในมุมมอง (3) รพศ./รพท. มอง สสอ. ร้อยละ 42.36 ประเด็นการลดจำนวน สสอ. โดยยุบรวมตามรูปแบบส่วนราชการประจำอำเภอแบบกลุ่มอำเภอ โดยหนึ่งแห่งรับผิดชอบ พื้นที่อำเภอที่ตั้งอยู่และพื้นที่ใกล้เคียง ไม่เห็นด้วย (1) สสอ. มองตนเอง ร้อยละ 83.27 และ (2) สสจ. มอง สสอ. ร้อยละ 67.31 แต่เห็นด้วยในมุมมอง (3) รพศ./รพท. มอง สสอ. ร้อยละ 41.67 ประเด็นการควรรวมบทบาทของ สสอ.

เข้ากับ สสจ. โดยกำหนดให้มีกลุ่มงานและอัตรากำลังมารับผิดชอบภารกิจด้านการสาธารณสุขในระดับอำเภอแทนไม่เห็นด้วย (1) สสอ. มองตนเอง ร้อยละ 68.88 และ (2) สสจ. มอง สสอ. ร้อยละ 61.54 แต่เห็นด้วยในมุมมอง (3) รพศ./รพท. มอง สสอ. ร้อยละ 52.08

การอภิปรายผล

จากสถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบต. ความคิดเห็นต่อการปรับเปลี่ยน บทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของ สสจ. ส่วนมากมีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกัน ยกเว้นการลดขนาดและอัตรากำลังในฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของ รพ.สต. ในอดีต ให้เป็นไปตามภารกิจที่ลดลง โดยมุมมองของ สสจ. และ สสอ. ไม่เห็นด้วย แต่ในมุมมอง รพศ./รพท. มอง สสจ. กลับเห็นด้วยในประเด็นนี้ ทั้งนี้ สสจ. และ สสอ. เป็นราชการบริหารส่วนภูมิภาคในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามข้อ 20 (3) และ (6) ของกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการฯ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2567 (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ให้ สสจ. มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมายหรือที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย เพื่อให้มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ดังนั้น สสจ. จึงมีหน้าที่ในการกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของ สสอ. เพื่อให้ สสอ. ปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมายและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มอบหมาย (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) แต่เมื่อพิจารณาจากกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ที่มาก่อนการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 ที่ออกมาหลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ก็กำหนดอำนาจหน้าที่ของ สสจ. และ สสอ. เหมือนเดิม ซึ่งอาจจะส่งผลให้ความคิดเห็นต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทภารกิจ และโครงสร้างไม่เปลี่ยนแปลง

ความคิดเห็นต่อการปรับเปลี่ยนบทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของ สสอ. ส่วนมากมีความคิดเห็นไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน อาทิเช่น การลดขนาดและอัตรากำลังเหลือเฉพาะตำแหน่งที่จำเป็นตามภารกิจที่ปรับลดลง และการลดจำนวน สสอ. โดยยู่บรมตามรูปแบบส่วนราชการประจำอำเภอแบบกลุ่มอำเภอ โดยหนึ่งแห่งรับผิดชอบพื้นที่อำเภอที่ตั้งอยู่และพื้นที่ใกล้เคียง รวมถึงแนวทางการควบรวมบทบาทของ สสอ. เข้ากับ สสจ. โดยกำหนดให้มีกลุ่มงานและอัตรากำลังมารับผิดชอบภารกิจด้านการสาธารณสุขในระดับอำเภอแทน โดยในมุมมองของ สสอ. และ สสจ. ไม่เห็นด้วยแต่ในมุมมองของ รพศ./รพท. กลับเห็นด้วยในประเด็นนี้ อาจเนื่องมาจากรพศ./รพท. มองว่าเมื่อไม่มีรพ.สต.ในสังกัดของสสอ.แล้ว สสอ.จึงไม่สามารถดำเนินการด้านสาธารณสุขได้เหมือนเดิม จึงควรลดขนาดและอัตรากำลังเหลือเฉพาะตำแหน่งที่จำเป็น ทั้งนี้จากสถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบต. ในส่วนของ สสจ. ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างบทบาทหน้าที่ แต่บทบาทที่เกี่ยวข้องกับ รพ.สต. เช่น การนิเทศงานและการติดตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถดำเนินการได้ ทั้งนี้ สสจ. ได้รับผลกระทบจากการถ่ายโอนน้อย จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นกษา สิงห์วีรธรรม, มโน มณีฉาย, ดาวรุ่ง คำวงศ์, นิตยธิดา ภัทรธีรกุล, สุพัสดรา เสนสาย และคณะ, 2567) แต่ในส่วนของ สสอ. หลังการถ่ายโอนอัตรากำลังคนมีการเปลี่ยนแปลงลดลง ในกรณีที่ถูกยุบเลิกใน สสอ. ย้ายไปอยู่ใน รพ.สต. (นกษา สิงห์วีรธรรม, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, ปฐมพงษ์ กันธิยะ, ดาวรุ่ง คำวงศ์, มโน มณีฉาย, พัลลภ เชียวชัยสกุล, 2567) และเพิ่มขึ้นจากบุคลากรใน รพ.สต. ที่ไม่ประสงค์ถ่ายโอนแล้วเข้ามาอยู่ใน สสอ. (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นกษา สิงห์วีรธรรม, มโน มณีฉาย, ดาวรุ่ง คำวงศ์, นิตยธิดา ภัทรธีรกุล, สุพัสดรา เสนสาย และคณะ, 2567) ซึ่งจะเห็นได้ว่า สสอ. เป็นผู้มีบทบาทโดยตรงและมีบทบาทหลักในการกำกับดูแลการดำเนินงานของ รพ.สต. ในอดีต การถ่ายโอนภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการปฐมภูมิไปอยู่กับ อบจ. ทำให้ภารกิจของ สสอ. ที่เคยทำอยู่เดิมลดลงชัดเจนโดยบทบาทในด้านการรักษาพยาบาลและการให้บริการสาธารณสุขหมดไปคงเหลือภารกิจด้านการสนับสนุนนายอำเภอในการพัฒนาระดับอำเภอ (รุ่งนภา จันทรา, ทศนีย์ เกริกกุลธร, ธัญพร ชื่นกลิ่น, สุชาดา นั้ววัฒนากุล, อติญาณ ศรีเกษตริน, รวิวรรณ คำเงิน และคณะ, 2566) ซึ่งมีความหนักเบาของภารกิจแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ อีกทั้ง สสอ. ไม่สามารถนิเทศติดตามงานและตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขได้เหมือนก่อนการถ่ายโอน (จิรุตม์

ศรีรัตนบัลล์, นกษา สิงห์วีรธรรม, มโน มณีฉาย, ดาวรุ่ง คำวงศ์, นิตยธิดา ภัทรธีรกุล, สุพัศตรา เสนสาย และคณะ, 2567) สสอ. จำเป็นต้องปรับบทบาทจากผู้กำกับดูแลการดำเนินงานมาเป็นผู้ประสานงานเพื่อสนับสนุนการบริการสาธารณสุขในพื้นที่ (รุ่งนภา จันทรา, ทศนีย์ เกริกกุลธร, ธัญพร ชื่นกลิ่น, สุชาดา นิมวัฒนากุล, อติญาณ์ ศรีเกษตริน, รวิวรรณ คำเงิน และคณะ, 2566) ขณะเดียวกันยังคงมีหน้าที่ในการดูแล อสม. (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นกษา สิงห์วีรธรรม, มโน มณีฉาย, ดาวรุ่ง คำวงศ์, นิตยธิดา ภัทรธีรกุล, สุพัศตรา เสนสาย และคณะ, 2567) และการดำเนินงานตามกฎหมายด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง (สมภพ สุทัศน์วิริยะ, 2567; ไชยวิสุทธิ อุดทาโมะ, นกษา สิงห์วีรธรรม, พัลลภ เขียวชัยสกุล, พิสิษฐ์ ศรีอัครโกคิน, 2567) ส่วนในมุมมองที่เกิดขึ้นจาก รพศ./รพท. เป็นหน่วยบริการระดับจังหวัดที่ไม่ได้เกิดผลกระทบต่อการสร้างบทบาทหน้าที่ และกรอบอัตรากำลังจากการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ในครั้งนี้เหมือนกับโรงพยาบาลชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ รพ.สต. โดยตรง ดังนั้นควรมีการพิจารณาการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการที่อาจจะดำเนินการโดยไม่ติดกรอบการแบ่งอำนาจของมหาดไทย โดยอาจมีการบริหารแบบแยกออกจากกัน (Decoupling) (Wikner, Yang, Williams, 2017) โดยใช้แนวทางคล้ายร้านสะดวกซื้อ ซึ่งไม่ได้เปิดตามเขตจังหวัดหรือเขตอำเภอ แต่เปิดตามความต้องการและจำนวนผู้ใช้บริการมากกว่า ทั้งนี้ควรมีการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการให้เป็นตามปัญหาความต้องการทางสุขภาพ (Health Need) ตามภาระกิจและบทบาทหน้าที่ (Health Function) เช่น การลดขนาดแต่ไม่ยุบ หรือยุบรวมพื้นที่ใกล้เคียงเป็น cluster หรือ ยุบ สสอ. บางพื้นที่ให้ไปรวมกับ สสจ. เพราะเป็นการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานที่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด ตาม Public health need ไม่ใช่การมีตามพื้นที่

บทบาทของ สสจ. และ สสอ. หลังการกระจายอำนาจมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบาย การกำกับด้วยกฎหมายภายใต้การแบ่งหน่วยงานส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข บทบาทแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติโดยการวางแผน ติดตามประเมินผล จัดสรรทรัพยากร สนับสนุนวิชาการ และประสานงานกับหน่วยต่าง ๆ (วินัย ลีสมีทธิ, สมศักดิ์ ชุมหรัศม์, 2553) บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขควรเชื่อมโยงกับ อปท. เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควรเน้นด้านพัฒนาคุณภาพชีวิต การดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ การป้องกันโรคที่พบบ่อยในพื้นที่และด้านบริการสังคมที่เป็นตัวชี้วัดสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับภูมิภาค ทั้ง สสจ. และ สสอ. (ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, จุริรัตน์ กิจสมพร, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, สุรศักดิ์ สุนทร, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย, 2558) ให้มีทิศทางที่ชัดเจน

ข้อจำกัดในงานวิจัยการวิจัยครั้งนี้ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่อาจยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในเชิงการบริหารจัดการระดับ สสจ. และ สสอ. อีกทั้งการดำเนินการยังขึ้นอยู่กับนโยบายและการตัดสินใจของผู้บริหารในช่วงเวลานั้น ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถมองเห็นภาพการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวได้ นอกจากนี้ ทิศทางของการถ่ายโอน รพ.สต. ยังไม่มีความแน่นอน ทั้งในแง่ของจำนวนหน่วยงานที่ถูกถ่ายโอน และช่วงเวลาที่จะดำเนินการ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้จะนำเสนอความคิดเห็นของบุคลากรทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ สสจ. และ สสอ. โดยอ้างอิงจากข้อมูลปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารงานสาธารณสุขระดับภูมิภาค

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยประกอบการพิจารณาปรับบทบาทหน้าที่ตามพระราชบัญญัติที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการ กฎกระทรวงการแบ่งหน่วยราชการส่วนภูมิภาค และพระราชบัญญัติปฐมภูมิ เพื่อให้การดำเนินงานของหน่วยงานในระดับภูมิภาคเป็นไปในทิศทางเดียวกันและสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการถ่ายโอนภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. กระทรวงสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยประกอบการพิจารณาปรับโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้ชัดเจน ตรงตามบริบทของการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นใน

อนาคต โดยเฉพาะเจ้าพนักงานตามกฎหมาย (Legal Officer) หน่วยงานกำกับดูแล (Health Care Regulator) และปรับบทบาทหน้าที่ผู้เชื่อมประสานการดูแลที่ซับซ้อน (Heath Care Coordination) ที่มีความหลากหลายที่มีใช้แค่การถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. กระทรวงสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยประกอบการพิจารณาปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารจัดการปัญหาด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ให้เป็นไปตามปัญหาความต้องการทางสุขภาพ ตามขนาดพื้นที่รับผิดชอบและจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ เช่น การปรับขนาดสสอ. โดยยุบรวมสสอ.เป็น cluster หรือยุบรวมกับรพช. หรือสสจ.

4. กระทรวงสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยประกอบการพิจารณาปรับบทบาทในการประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่กับ อปท. ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่พบบ่อยในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาภาระงานของการปฏิบัติงานจริงตามบทบาทหน้าที่ของทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมถึงความซ้ำซ้อนของภาระงาน ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ได้แก่ สสอ. รพช. และ รพ.สต.

2. ควรมีการศึกษารูปแบบหน้าที่หลักตามกฎหมายและบทบาทหน้าที่รองที่มีใช้ตามกฎหมายของทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อพิจารณาการมอบหมายหน้าที่ตามพระราชบัญญัติที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการ

3. ควรมีการศึกษาความเป็นไปได้ของบทบาทหน้าที่ใหม่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในการเป็นหน่วยงานกำกับดูแล (Health Care Regulator) และบทบาทหน้าที่ผู้เชื่อมประสานการดูแลที่ซับซ้อน (Heath Care Coordination) ในระบบปฐมภูมิ

รายการอ้างอิง

- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2564). *บัญชีรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัยที่ถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. ในกระทรวงมหาดไทย (บ.ก.). กรุงเทพมหานคร: กระทรวงมหาดไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *ราชกิจจานุเบกษา, กฎกระทรวงสาธารณสุขแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 เล่มที่ 126 ตอนที่ 98, 28 ธันวาคม 2552*.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ราชกิจจานุเบกษา, กฎกระทรวงสาธารณสุขแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 เล่มที่ 134 ตอนที่ 64, 14 มิถุนายน 2560*.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ราชกิจจานุเบกษา, กฎกระทรวงสาธารณสุขแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 เล่มที่ 141 ตอนที่ 12 ก, 17 มีนาคม 2567*.
- จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์ และสายสิริ อิศราญวนาณิย์. (2558). *การปฏิรูประบบสุขภาพและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นกษา สิงห์วีระธรรม, มโน มณีฉาย, ดาวรุ่ง คำวงศ์, นิตยธิดา ภัทรธีรกุล, สุพัสดรา เสนสาย และคณะ. (2566). *การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566: ระยะที่ 1*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นกษา สิงห์วีระธรรม, มโน มณีฉาย, ดาวรุ่ง คำวงศ์, จิรายุทธ์ สันธุพันธุ์, นิตยธิดา ภัทรธีรกุล และคณะ. (2567). *การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566: ระยะที่ 2*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- เจริญพงษ์ ศุภธีระธาดา. (2563). ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเป็นเงินอุดหนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจถ่ายโอน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ฉบับที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- ไชยวิสุทธิ อุดทาโม๊ะ, นภชา สิงห์วีระธรรม, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล และพิสิษฐ์ ศรีอัศโคกโคทิน. (2567). การรับรู้บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติตามกฎหมายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 13(1), e278420.
- ชูศักดิ์ เทียงตรง. (2518). *การบริหารการปกครองท้องถิ่นของไทย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา, วิทยา โชคเศรษฐกิจ, ภัควัฒน์ ภูริพงษ์ธนวัต, อุกฤษณ์ กฤตยโสภณ, ณฐนภ ศรีทธาธรรม, และเยาว์วิลยา อ่อนโพธิ์ทอง. (2564). *รายงานฉบับสมบูรณ์: โครงการสังเคราะห์ข้อเสนอและออกแบบเชิงนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด*. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นภชา สิงห์วีระธรรม, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, ปฐมพงษ์ กันธิยะ, ดาวรุ่ง คำวงศ์, มโน มณีฉาย และพัลลภ เชี่ยวชัยสกุล. (2567). การคาดการณ์แนวโน้มความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 12(1), e274215.
- ปิยะ ชาญวรวงศ์ชัย, จุริรัตน์ กิจสมพร, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, สุรศักดิ์ สุนทร และวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. (2558). *การวิเคราะห์งาน การจัดอัตรากำลัง และความก้าวหน้าของบุคลากรในระดับบริหารในหน่วยงานบริหารสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- รุ่งนภา จันทรา, ทศนีย์ เกริกกุลธร, ธัญพร ชื่นกลิ่น, สุชาดา นิมวัฒนากุล, อติญาณ ศรีเกษตริณ, รวีวรรณ คำเงิน, และคณะ. (2566). *บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศรวณีย์ อวนศรี, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, สมธนิ์ก โชติช่วงฉัตรชัย, ศศิวิมล อ่อนทอง, นิจันท์ ปาณะพงศ์ และธนิษฐ์ พัฒนศิริ. (2567). การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทยความก้าวหน้าและความท้าทาย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 18(3), 314-330.
- สมภาพ สุทัศน์วิริยะ. (2567). บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขตาม พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ. 2535. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 1(2), 1-6.
- สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2564). *แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจจอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การปกครองส่วนจังหวัด*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.
- วินัย ลิสมิทธิ และสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2553). *บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Cohen, J. M., & Peterson, S. B. (1999). *Administrative Decentralization: Strategies for Developing Countries*. Colorado: Kumarian Press.
- Wei, Y. D. (2000). *Regional Development in China: States, Globalization, and Inequality*. London & New York: Routledge.
- Wikner, J., Yang, B., Yang, Y., & Williams, S. J. (2017). Decoupling thinking in service operations: A case in health care delivery system design. *Production Planning & Control*, 28(5), 387.

ผลของการฟังอัลกุรอานต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุไทยมุสลิม ก่อนรับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

The Effects of Listening to the Qur'an on Anxiety among Thai Muslim Older Adults before Undergoing Surgery with General Anesthesia

อับดุลวาริช โต๊ะยูโซ๊ะ¹, เดชา ทำดี^{1*}, จิตวดี เจริญทอง¹
Abdulvaris Tokyusoh¹, Decha Tamdee^{1*}, Jittawadee Rhiantong¹
¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
¹Faculty of Nursing, Chiang Mai University

(Received: May 19, 2025; Revised: September 2, 2025; Accepted: October 20, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฟังอัลกุรอานต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุไทยมุสลิมก่อนรับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุไทยมุสลิมก่อนรับการผ่าตัด โดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายจำนวน 68 คน สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 34 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการฟังอัลกุรอานโดยเปิดในโอแพดแอร์ 4 ฟังผ่านหูฟังแอร์พอร์ตโปรที่ตัดเสียงรบกวนได้ ส่วนกลุ่มควบคุมใส่หูฟังแอร์พอร์ตโปรแบบไม่ได้เปิดเสียง และให้การดูแลการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย และ 2) แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ขณะเผชิญของสปีลเบอร์เกอร์ฉบับแปลภาษาไทย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .94 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที่แบบอิสระและการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระ ผลวิจัยพบว่า

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับการฟังอัลกุรอานมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$)
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับการฟังอัลกุรอานมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$)

ดังนั้นพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุไทยมุสลิมก่อนรับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายได้

คำสำคัญ: การฟังอัลกุรอาน ความวิตกกังวล การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ผู้สูงอายุไทยมุสลิม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: decha.t@cmu.ac.th)

Abstract

This experimental research aimed to examine the effects of listening to the Quran on reducing anxiety among Thai older adults of Muslim culture prior to surgery under general anesthesia. The sample consisted of 68 elderly patients scheduled for surgery with general anesthesia. Participants were randomly assigned to either the experimental group or the control group, with 34 participants in each group. The experimental group listened to Quranic recitation from a tablet, through noise-cancelling earbuds, while the control group wore the same headphones without audio and received routine nursing care. Data were collected using 1) a personal and health information record form, and 2) the Thai version of the Spielberger State Anxiety Inventory, which had a reliability coefficient of .94. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-tests, and paired t-tests. The findings were as follows.

1. The experimental group showed a significantly lower mean anxiety score after listening to the Quran compared to before the intervention ($p\text{-value} < .001$).

2. The mean anxiety score in the experimental group was significantly lower than that of the control group ($p\text{-value} < .001$).

These results indicate that quranic recitation can effectively reduces preoperative anxiety among Thai older adults undergoing surgery with general anesthesia, in a Muslim cultural context. Nurses can apply this intervention as part of preoperative nursing care to help alleviate anxiety in this population.

Keywords: Listening to the Qur'an, Anxiety, General Anesthesia, Thai Muslim Older Adults

บทนำ

การผ่าตัดใหญ่ในผู้สูงอายุของประเทศสหรัฐอเมริกา มีมากกว่า 2,000,000 รายต่อปี ซึ่งมีแนวโน้มจะมากขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น (Berian, Mohanty, Ko, Rosenthal, Robinson, Finlayson, 2021) โดยในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีโอกาสที่จะได้รับการผ่าตัดใหญ่เพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ ในช่วงปี 2011 – 2016 มีผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในช่วงเวลาดังกล่าวประมาณ 5,000,000 คน (Becher, Turrentine, Stukenborg, 2020) จากการสำรวจสุขภาพแห่งชาติ (National Health Interview Survey) มีรายงานว่าร้อยละ 19.4 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ได้รับการผ่าตัดหรือหัตถการทางศัลยกรรมในช่วงปี 2017 ในประเทศไทยอัตราส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.9 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 14.7 ในปี พ.ศ. 2566 และการผ่าตัดในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามการขยายตัวของประชากรสูงอายุในประเทศ (Archival Federal Reserve Economic Data [ALFRED], 2024) ในบริบทของประเทศไทย ข้อมูลสถิติเวชระเบียนจากโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2563 พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่โดยใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 18.32, 22.17 และ 21.99 ตามลำดับ เป็นผู้สูงอายุไทยมุสลิมคิดเป็นร้อยละ 14.06, 17.51 และ 18.03 ตามลำดับ (กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์, 2563)

การผ่าตัดใหญ่ในผู้สูงอายุถือเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากร่างกายมีการเสื่อมถอยตามอายุ รวมทั้งอาจมีโรคประจำตัวที่ซับซ้อน การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมความรู้สึกเจ็บปวดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด (ชัยวัฒน์ วัฒนจันทร์, 2564) ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ เช่น การทำงานของตับและไตที่ลดลง รวมถึงความไวต่อยาของระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะกดการหายใจ ความดันโลหิตต่ำ ภาวะสับสนเฉียบพลัน และภาวะสมองเสื่อมหลังการผ่าตัด (Williams, Frazier, Moser, 2019) อีกทั้งยังพบว่าการให้ยาระงับความรู้สึกใน

ผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงการใช้อาหารหลายชนิดร่วมกับยาประจำตัว ซึ่งอาจก่อให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาและชะลอการชดเชยจากร่างกาย เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และมีผลต่อคุณภาพชีวิตภายหลังการผ่าตัด (Weingarten, Sprung, Warner, 2017) นอกจากนี้ ข้อมูลจากโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ยังพบว่าผู้ป่วยสูงอายุไทยมุสลิมมีความกลัวและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกอยู่ในระดับสูง กลัวการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย กลัวไม่ฟื้น กลัวความเจ็บปวดหลังผ่าตัด กลัวสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด จากสถิติปี 2561 – 2563 การซักประวัติตรวจเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วันก่อนผ่าตัด ยังพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลคิดเป็นร้อยละ 2.39, 2.05, 2.28 ตามลำดับ (กลุ่มงานพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์, 2563) ความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เนื่องจากเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์ด้านลบ และเป็นภัยคุกคามความรู้สึกที่มีสาเหตุมาจากความกลัวสถานการณ์ในอนาคตที่ยังมาไม่ถึง (Hernandez, Fuentes, Falcon, Rodriguez, Garcia, Roca-Calvo, 2015) การผ่าตัดจึงเป็นภาวะคุกคามทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความวิตกกังวลรวมทั้งการต้องได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเช่นเดียวกัน

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว รู้สึกไม่สบายใจ ทางจิตใจและอารมณ์ ความไม่แน่นอน รู้สึกกระวนกระวายใจหรือไม่มั่นใจสิ่งที่จะเกิดขึ้น ทำให้รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต เกิดจากความรู้สึกส่วนบุคคล ประกอบกับการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ตลอดจนเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ง่าย เป็นความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจก่อให้เกิดความอึดอัด และมีการแสดงออกของลักษณะพฤติกรรมที่มีลักษณะเด่น ได้แก่ ความรู้สึก ความหวาดกลัว ความหวาดหวั่น และความตึงเครียด สปิเกลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับบริการการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายจะมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ถึงร้อยละ 80 (Pritchard, 2018)

ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มไทยมุสลิม ซึ่งมักเกิดจากความกลัวความเจ็บปวด ภาวะแทรกซ้อน และผลการรักษาที่ไม่แน่นอน ความวิตกกังวลดังกล่าวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม เช่น อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตผิดปกติ ส่งผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก การฟื้นฟู และการหายของแผลหลังผ่าตัด (Khan, Ahmed, Rehman, Syed, 2021) แนวทางที่ช่วยลดความวิตกกังวล ได้แก่ การให้ข้อมูล การเตรียมความพร้อม การใช้ดนตรีบำบัด และเทคนิคการผ่อนคลาย (Paryad, Ghezalje, Jaber, 2022) อย่างไรก็ตาม วิธีการบางอย่าง เช่น ดนตรี อาจไม่สอดคล้องกับบริบทด้านศรัทธาของผู้ป่วยมุสลิม (อับดุลอาซิซฮาม มุฮัมมัด, สมหมาย สุทธิดา, 2565)

คัมภีร์อัลกุรอานถือเป็นหลักยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณของมุสลิม การฟังอัลกุรอานโดยเฉพาะบทยาซีน (Surah Ya-Seen) ช่วยสร้างความสงบ ลดระดับความวิตกกังวล และมีผลทางสรีรวิทยา เช่น ลดความดันโลหิต เพิ่มคลื่นสมองอัลฟา และกระตุ้นสารสื่อประสาทที่ช่วยให้ผ่อนคลาย (Al-Galal, Alshaikhli, 2017) งานวิจัยยืนยันว่าการฟังอัลกุรอานสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ (Saputro, Wahyuningtyas, Kamal, 2025) แม้ว่าจะมีงานวิจัยจำกัดในกลุ่มผู้สูงอายุไทยมุสลิม

ดังนั้น การฟังอัลกุรอานอาจเป็นแนวทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ และบริบทของชุมชนไทยมุสลิม โดยเฉพาะการประยุกต์ใช้บทยาซีนก่อนเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุไทยมุสลิม

วัตถุประสงค์วิจัย

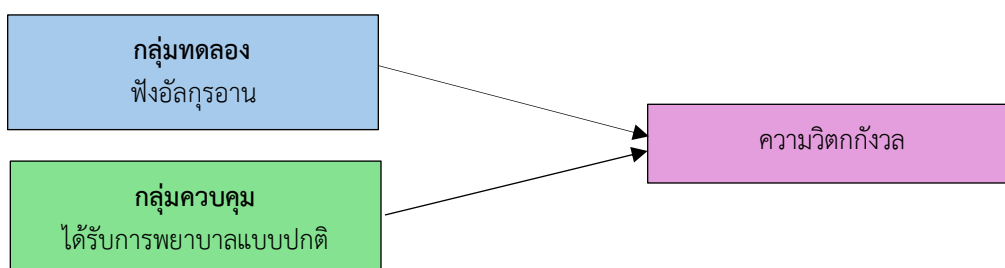
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการฟังอัลกุรอานของผู้สูงอายุไทยมุสลิมก่อนรับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ฟังอัลกุรอานของผู้สูงอายุไทยมุสลิมก่อนรับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

สมมติฐานวิจัย

1. คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุไทยมุสลิมก่อนรับการผ่าตัดโดยวิธีให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในกลุ่มที่ฟังอัลกุรอานหลังฟังอัลกุรอานน้อยกว่าก่อนฟังอัลกุรอาน
2. คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุไทยมุสลิมก่อนรับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในกลุ่มที่ฟังอัลกุรอานน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความวิตกกังวลของ Spielberger (1966) ร่วมกับแนวคิดหลักศรัทธาของมุสลิม และการมีหน้าที่ในศาสนาที่ต้องปฏิบัติ โดยการให้ฟังสำเนาบันทึกเสียงอัลกุรอานบทอาซัน ซึ่งได้อธิบายความวิตกกังวลว่าเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่บ่งบอกว่าบุคลิกเกิดความเครียดขึ้น โดยการใช้กระบวนการทางสติปัญญาในการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม และประเมินศักยภาพของตนเองว่าไม่สามารถเผชิญกับปัญหานั้นได้ อาจทำให้เป็นอันตรายต่อร่างกาย ผู้สูงอายุไทยมุสลิมก่อนรับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย มีความกลัวและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลัวการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย กลัวไม่ฟื้น กลัวความเจ็บปวดหลังผ่าตัด กลัวสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด โดยสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลนั้นมีความรุนแรงไม่เท่ากัน บุคคลที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวสูงมักมีแนวโน้มที่จะประเมินสิ่งเร้าหรือสิ่งที่มาคุกคามนั้นว่าเป็นอันตรายและมีความรุนแรงมากกว่าบุคคลที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ แต่การประเมินศักยภาพในการเผชิญภาวะคุกคามนั้น บุคคลที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวสูงมักมีการประเมินศักยภาพของตนเองต่ำกว่าบุคคลที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ ความวิตกกังวลในระดับสูงจะกระตุ้นให้ร่างกายมีการปล่อยสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) และฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid Hormone) เข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ ความดันโลหิตสูงขึ้น การหายใจเร็วขึ้น เส้นเลือดส่วนปลายหดตัว ทำให้มือและเท้าเย็นซีด เหงื่อออกตามฝ่ามือ นอนไม่หลับ ปวดท้อง ปัสสาวะบ่อยจนเป็นสาเหตุที่ต้องให้แพทย์งดหรือเลื่อนการผ่าตัดออกไปก่อน ในผู้สูงอายุไทยมุสลิมการใช้เสียงบำบัดด้วยการฟังบทสวดอัลกุรอานบทอาซันอย่างใคร่ครวญด้วยจิตใจที่จดจ่ออยู่กับพระเจ้าด้วยความศรัทธาเชื่อมั่น ทำให้จิตใจมั่นคงอยู่กับพระอัลลอฮ์ เป็นการเบี่ยงเบนความรู้สึกอารมณ์ทางลบจากความไม่สบายใจ หวั่นใจหรือหวาดกลัวการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก ขณะเดียวกันคลื่นเสียงที่มีจังหวะ ท่วงทำนองที่ไพเราะ และมีพลังส่งเข้าไปยังหูชั้นใน แล้วถ่ายทอดไปยังเส้นประสาทการได้ยินคู่ที่ 8 (Vestibulocochlear Nerve) ไปยังสมองเพื่อแปลงสัญญาณเสียงให้มีความหมายส่งไปยังระบบลิมบิก (Limbic System) โดยเข้าไปลดการทำงานของสมองส่วนอมิกดาลา (Amygdala) ทำให้การรับรู้ถึงอารมณ์ความวิตกกังวลลดลง และกระตุ้นการทำงานของฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความรู้สึกด้านบวก เช่น ความสุข ความภาคภูมิใจ ทำให้สามารถลดอารมณ์ที่ไม่ดีได้ นอกจากนี้ยังกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนจากไฮโปทาลามัส (Hypothalamic Releasing Hormone) ที่ทำหน้าที่ในการกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้หลั่งฮอร์โมนเอนโดर्फิน (Endorphin) มีผลให้เกิดความสุข ความเคลิบเคลิ้มและผ่อนคลาย นำไปสู่การปล่อยวาง ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลลดลง (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Two Group Design) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงนับถือศาสนาอิสลาม ก่อนรับการผ่าตัด โดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ชนิดที่มีการวางแผนล่วงหน้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงนับถือศาสนาอิสลาม ก่อนรับการผ่าตัด โดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายชนิดที่มีการวางแผนล่วงหน้า ที่เข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยในศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยมีคะแนนจากแบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (SPMSQ) ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป (จากคะแนนเต็ม 10) การได้ยินอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยสามารถตอบคำถามทดสอบเสียงกระซิบได้อย่างน้อย 3 ชุดจาก 6 ชุด มีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญตามแบบประเมิน (STAI Form Y-1) 40 คะแนนขึ้นไป (ระดับปานกลาง) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างชัดเจนทั้งการพูด ฟัง อ่าน เขียน และไม่ได้รับยาคลายความวิตกกังวลก่อนมารับการผ่าตัด แสดงความสนใจ และให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) แพทย์ให้งดหรือเลื่อนการผ่าตัดไปก่อนเนื่องจากมีโรคประจำตัวที่รุนแรงขึ้น ASA class 3 ขึ้นไป และ 2) มีการเปลี่ยนแปลงการให้ยาระงับความรู้สึกจากแบบทั่วร่างกายเป็นการให้ยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน (Regional Anesthesia) หรือการให้ยาเฉพาะที่ (Local Anesthesia) และมีเกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้ป่วยสูงอายุขอลอนตัวจากการวิจัยหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (Matched paired) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยเรื่องเปรียบเทียบความคาดหวังและความเป็นจริงของผู้รับบริการพยาบาลในห้องผ่าตัดเล็ก โรงพยาบาลสะเตา (อัญชญา โอฬารเรศ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกชา สิงห์วีธรรม, 2566) เท่ากับ 0.402 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ผู้วิจัยกำหนดขนาดความสัมพันธ์ของการศึกษา .50 ซึ่งเป็นระดับปานกลางตามข้อเสนอแนะงานวิจัยทางการพยาบาล (Burns & Grove, 2009) เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 ราย ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Burns, Grove, 2009) และปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop-out Rate) เพิ่มร้อยละ 20 คำนวณได้จากสูตร (อรุณ จิรวัดนกุล, 2558) จำนวนกลุ่มตัวอย่างเมื่อปรับขนาดเพื่อป้องกันการสูญหาย คำนวณจากสูตร ได้เท่ากับ 33.75 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 34 ราย

การสุ่มแยกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดกรองคุณสมบัติ ทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้วิธีการสุ่มแบบบล็อกขนาดสี่ (Block of Four Randomization) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อช่วยลดปัญหาที่เกิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน โดยผู้วิจัยทำการแทนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เช่น ให้กลุ่มทดลองแทนด้วยตัว A กลุ่มควบคุมแทนด้วยตัว B ดังนั้นจำนวนบล็อกประกอบด้วย AABB ABAB ABBA BBAA BAAB และ BABA จากนั้นเราก็นำกลุ่มตัวอย่างขึ้นมาจนครบจำนวน จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 34 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 34 ราย จากนั้นเขียนโค้ดกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไว้ในซองปิดผนึก ทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยจะถูกปิดไม่ให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างคนไหนเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมและทำหน้าที่เก็บแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนและหลังทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดกรอง ประกอบด้วย

1. แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) ของไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (2561) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับการรู้คิดของผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมองค์ประกอบด้านความจำ การรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล การคิดคำนวณ การมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และการคิดตัดสินใจ มีคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบถูกให้ 1 คะแนน ผิดให้ 0 คะแนน รวมเท่ากับ 10 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0 – 2 คะแนน คือ มีความผิดปกติระดับรุนแรง 3 – 5 คะแนน คือ มีความผิดปกติระดับปานกลาง 6 – 7 คะแนน คือ มีความผิดปกติเล็กน้อย และ 8 – 10 คะแนน คือ มีการรู้คิดปกติ

2. การประเมินประสาทการรับรู้การได้ยิน (วิวัฒน์ เอกบุรณวัฒน์, 2557) โดยการทดสอบเสียงกระซิบ (Whispered Voice Test) โดยมีวิธีการทดสอบ ดังนี้ ผู้รับการทดสอบนั่งอยู่บนเก้าอี้ ผู้ทดสอบยืนอยู่ด้านหลังของผู้เข้ารับการทดสอบห่างประมาณ 60 เซนติเมตร (2 ฟุต) ผู้ทดสอบหายใจเข้าเต็มปอด แล้วกระซิบคำหรือตัวเลขแบบสุ่ม ทั้งหมด 6 ชุด คือ 4-K-2, 1-A-4, 6-A-7, 2-C-4, 3-A-5, 5-B-9 แล้วให้ผู้รับการทดสอบทวนตาม การแปลผลคะแนน ผู้รับการทดสอบสามารถทวนคำได้ถูกต้อง 3 คำขึ้นไป การแปลผลจะถือว่า “ผ่าน” การทดสอบ (World Health Organization, 2019)

3. แบบประเมินความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, 1983) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Trait Anxiety Inventory [STAI] Form Y-1) ฉบับแปลภาษาไทยโดยธাত্রี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) ข้อคำถาม 20 ข้อ มาตราวัดเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) 4 ระดับ สำหรับข้อคำถามที่สะท้อนความรู้สึกทางบวก ให้ 4 คะแนน (ไม่มีเลย) 3 คะแนน (มีบ้าง) 2 คะแนน (ค่อนข้างมาก) 1 คะแนน (มากที่สุด) และข้อคำถามที่สะท้อนความรู้สึกทางลบ ให้ 4 คะแนน (มากที่สุด) 3 คะแนน (ค่อนข้างมาก) 2 คะแนน (มีบ้าง) 1 คะแนน (ไม่มีเลย) โดยมีคะแนนรวม 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 20 – 39 คะแนน คือ มีความวิตกกังวลระดับต่ำ 40 – 59 คะแนน คือ มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง และ 60 – 80 คะแนน คือ มีความวิตกกังวลระดับสูง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. สำเนาบันทึกเสียงอัลกรูอานบทยาชินภาษาอาหรับร่วมกับความหมายเป็นภาษาไทย ผู้วิจัยทำการบันทึกสำเนาเสียงลงในไอแพดแอร์ รุ่น 4 โดยมีความยาวของเนื้อหาตั้งแต่เริ่มจนจบประมาณ 29.48 นาที บทยาชินประมวลด้วยหลักการสำคัญ 3 เรื่อง คือ การศรัทธา การฟื้นคืนชีพ และการชุมนุม เริ่มให้ผู้ป่วยสูงอายุไทยมุสลิมฟัง 1 รอบ ให้ฟังหลังจากทำการประเมินความวิตกกังวลในห้องเตรียมผ่าตัด (Preoperative Room) เสร็จเรียบร้อยแล้ว มีคะแนนความวิตกกังวลระดับปานกลาง 40 คะแนนขึ้นไป ซึ่งบทสวดอัลกรูอานจะมีโทนเสียงและองค์ประกอบคล้ายดนตรี โดยมีจังหวะช้า ๆ ระดับเสียงที่ไม่เกิน 90 เดซิเบล

2. เครื่องมือและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ เครื่องเล่นบันทึกสำเนาเสียงอัลกรูอานจากไอแพดแอร์ รุ่น 4 เพื่อส่งสัญญาณเสียงผ่านระบบคลื่นวิทยุบลูทูธมายังหูฟังแอร์พอร์ตโปร เพื่อป้องกันผู้เข้าร่วมวิจัยปรับเพิ่มความดังของเสียง สามารถตัดเสียงรบกวนจากภายนอกและขจัดความไม่สบายของผู้ป่วยจากสายเคเบิล

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา แหล่งรายได้ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ประสบการณ์การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

2. แบบประเมินความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, 1983) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Trait Anxiety Inventory [STAI] Form Y-1) ฉบับแปลภาษาไทยโดยธাত্রี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) ข้อคำถาม 20 ข้อ มาตราวัดเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) 4 ระดับ สำหรับข้อคำถามที่สะท้อนความรู้สึกทางบวก ให้ 4 คะแนน (ไม่มีเลย) 3 คะแนน (มีบ้าง) 2 คะแนน (ค่อนข้างมาก) 1 คะแนน (มากที่สุด) และข้อคำถามที่สะท้อนความรู้สึกทางลบ ให้ 4 คะแนน (มากที่สุด) 3 คะแนน (ค่อนข้างมาก) 2 คะแนน (มีบ้าง) 1 คะแนน (ไม่มีเลย)

(ค่อนข้างมาก) 2 คะแนน (มีบ้าง) 1 คะแนน (ไม่มีเลย) โดยมีคะแนนรวม 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 20 – 39 คะแนน คือ มีความวิตกกังวลระดับต่ำ 40 – 59 คะแนน คือ มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง และ 60 – 80 คะแนน คือ มีความวิตกกังวลระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

1. สำนักบันทึกเสียงอัลกุรอานบทยซีนภาษาอาหรับร่วมกับความหมายเป็นภาษาไทยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน (Polit, Beck, 2004) ได้แก่ นักวิชาการศาสนาอิสลาม และคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดนราธิวาสที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านเนื้อหาและการใช้ภาษา 2 ท่าน วิทยาลัยแพทย์มุสลิม 1 ท่าน วิทยาลัยพยาบาลมุสลิม 1 ท่านที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาจิตแพทย์มุสลิม 1 ท่าน ที่มีความรู้ความเข้าใจด้านเนื้อหาและภาษา เพื่อพิจารณาความตรงด้านเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจนของข้อความ และความเหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยมุสลิมตามบริบทของศาสนาอิสลาม และผู้ทรงคุณวุฒิด้านดนตรีบำบัด 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม โดยการวัดระดับเสียงและทดสอบจังหวะของบทอัลกุรอานเพื่อให้มั่นใจว่าบทอัลกุรอานที่เลือกมีคุณสมบัติที่เทียบเคียงกับองค์ประกอบของดนตรีและเหมาะสมที่จะให้ผู้สูงอายุไทยมุสลิมฟัง จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เข้ารับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเหมาะสม ภาษาที่ใช้ ความดังของเสียง และระยะเวลาที่ใช้ในการฟังตามกระบวนการของการดำเนินการวิจัย และทำการติดตามประเมินผลความเหมาะสมของเครื่องมือ ก่อนจะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาวิจัยต่อไป

2. แบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, Jacobs (1983) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเฉยใจ (The State Trait Anxiety Inventory [STAI] Form Y-1) ฉบับแปลภาษาไทยโดยธাত্রี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, ดารารรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .90 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูง เป็นค่าที่ยอมรับได้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนของโครงสร้างเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเฉยใจ (The State Trait Anxiety Inventory [STAI] Form Y-1) ฉบับแปลภาษาไทยโดยธাত্রี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, ดารารรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) กับผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ดำเนินการที่หอผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม เพื่อประชาสัมพันธ์เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและห้องเตรียมผ่าตัด (Preoperative Room) เพื่อประเมินความวิตกกังวลและดำเนินการทดลอง ภายใต้การอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

ขั้นตอนการทดลอง

1. ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยยื่นหนังสือขออนุญาตใช้สถานที่ ได้แก่ หอผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และห้องเตรียมผ่าตัด รวมถึงขออนุญาตเผยแพร่เอกสารประชาสัมพันธ์เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยแจกจ่ายเอกสารประชาสัมพันธ์และโปสเตอร์ เพื่อเชิญชวนผู้ป่วยสูงอายุไทยมุสลิมที่สมัครใจเข้าร่วม โดยให้ลงทะเบียนผ่านพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง

3. ผู้ที่สนใจได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วม รวมถึงสิทธิในการถอนตัวจากโครงการโดยไม่กระทบต่อการรักษา จากนั้นลงนามในเอกสารยินยอม กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจถูกคัดกรองโดยใช้เครื่องมือประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) และการประเมินการได้ยินด้วยวิธีมาตรฐาน เพื่อให้มั่นใจว่าผู้เข้าร่วมสามารถรับรู้และปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัยได้

4. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 3 ปี และผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จำนวน 1 คน จัดอบรมให้ผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และวิธีการใช้เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ การประเมินสติปัญญาการรู้คิด การประเมินการได้ยิน และการใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์และคณะ เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัย ฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือเพื่อให้มั่นใจในความถูกต้องและสม่ำเสมอของการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนทดลอง

กลุ่มควบคุม

1. เมื่อผู้ป่วยได้รับคำลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น ประเมินประสาทการรับรู้ด้านการได้ยิน

2. ในวันผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมาถึงที่ห้องผ่าตัด ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินความวิตกกังวล จากนั้นผู้วิจัยให้การพยาบาลตามปกติ มีรายละเอียดดังนี้ 1) จัดท่านอนหงายราบปกติ หรือในท่าที่ผู้ป่วยสบาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย 2) ดูแลให้ผู้ป่วยสวมหูฟังแอร์พอร์ตโปรไร้สายที่ตัดเสียงรบกวนจากภายนอกได้ แบบไม่มีเสียงบันทึกใด ๆ เป็นเวลา 29.48 นาที 3) หลังจากครบเวลา ดูแลถอดหูฟังออกจากหูผู้ป่วยทั้งสองข้างและทำความสะอาด

กลุ่มทดลอง

1. เมื่อผู้ป่วยได้รับคำลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น ประเมินประสาทการรับรู้ด้านการได้ยิน

2. ในวันผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมาถึงที่ห้องผ่าตัด ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินความวิตกกังวล จากนั้นผู้วิจัยให้การพยาบาลตามปกติ มีรายละเอียดดังนี้ 1) จัดท่านอนหงายราบปกติ หรือในท่าที่ผู้ป่วยสบาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย 2) ให้ผู้ป่วยฟังสำเนานันทนาการเสียงอัลกุรอานบทอาซันที่ผู้วิจัยทำการบันทึกสำเนาเสียงลงในไอแพดแอร์รุ่น 4 ร่วมกับใช้หูฟังแอร์พอร์ตโปรไร้สายที่ตัดเสียงรบกวนจากภายนอกได้ โดยเนื้อหาเป็นภาษาอาหรับพร้อมความหมายเป็นภาษาไทยทั้งหมด 83 โองการ 3) ผู้ป่วยจะได้รับการพักผ่อนแบบสบาย ๆ พร้อมกับฟังสำเนานันทนาการเสียงอัลกุรอานเป็นระยะเวลา 29.48 นาที 4) หลังจากผู้ป่วยฟังเสร็จ ดูแลถอดหูฟังออกจากหูผู้ป่วยทั้งสองข้างและทำความสะอาด

ขั้นหลังทดลอง

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินความวิตกกังวลทันที ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินเหมือนกัน และเมื่อถึงเวลาที่ จะเข้ารับการผ่าตัด ดูแลส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation [S.D.])

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เช่น เพศ อายุ อาชีพ การวินิจฉัยโรค ประสบการณ์การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย วิเคราะห์โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-square Test) ข้อมูลสถานภาพ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน วิเคราะห์โดยใช้

ฟิชเชอร์ (Fisher exact Probability Test) ส่วนข้อมูลอายุเฉลี่ย เมื่อนำข้อมูลไปทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ (Sig = .016) จึงทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติแมนนิตนียู Mann-Whitney U test

3. วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังฟังอัลกรูอานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อนำข้อมูลไปทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Sig = .100) จึงทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)

4. วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง เมื่อนำข้อมูลไปทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Sig = .100) จึงทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติที่แบบอิสระต่อกัน (Independent t-test)

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิทยานิพนธ์ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 121/2567 รหัสโครงการ 2567-EXP034 ลงวันที่ 19 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 34)		กลุ่มควบคุม (n = 34)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.000*
ชาย	17	50.00	17	50.00	
หญิง	17	50.00	17	50.00	
อายุ (ปี)					.844*
60 – 64	19	55.88	20	58.82	
65 – 69	10	29.41	8	23.53	
≥ 70	5	14.71	6	17.65	
อายุเฉลี่ย (SD.)	64.12	(4.12)	64.09	(3.90)	.866**
สถานภาพสมรส					.723***
โสด	6	17.65	3	8.82	
คู่	24	70.59	26	76.47	
หม้าย/หย่า/แยก	4	11.76	5	14.71	
ระดับการศึกษา					.899***
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	11.76	6	17.65	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	19	55.88	17	50.00	
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	3	8.82	4	11.76	
ปริญญาตรี	8	23.53	7	20.59	
อาชีพ					.890*
งานบ้าน	3	8.82	5	14.70	
ค้าขาย	8	23.53	10	29.41	
รับจ้าง	7	20.59	6	17.65	
ทำสวน	7	20.59	6	17.65	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	26.47	7	20.59	

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 34)		กลุ่มควบคุม (n = 34)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รายได้ต่อเดือน (บาท)					.928***
5,001 – 10,000	3	8.82	3	8.82	
10,001 – 15,000	16	47.06	19	55.88	
15,001 – 20,000	6	17.65	5	14.71	
> 20,001	9	26.47	7	20.59	
การวินิจฉัยโรค					.436*
Skin and musculoskeletal	10	29.41	8	23.53	
Urinary and Reproductive	5	14.71	7	20.59	
Gastrointestinal	12	35.29	16	47.06	
Hematology and Autoimmune	7	20.59	3	8.82	
ประสบการณ์การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย					.787*
เคยได้รับ	9	26.47	10	29.41	
ไม่เคยได้รับ	25	73.53	24	70.59	

* Chi-square test, **Mann-Whitney U, ***Fisher's exact test

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50.00) และมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 64.12 ปี ($SD = 4.21$) ในกลุ่มทดลอง และ 64.09 ปี ($SD = 3.90$) ในกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งมีอายุระหว่าง 60 – 64 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.88 และ 58.82 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 70.59 และ 76.47 ตามลำดับ ด้านการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 55.88 และ 50.00 ด้านการประกอบอาชีพของกลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับราชการ และกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 26.47 และ 29.41 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.06 และ 55.88 ตามลำดับ ด้านการวินิจฉัยโรคกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวินิจฉัยโรคทางระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal System) คิดเป็นร้อยละ 35.29 และ 47.06 ตามลำดับ ด้านประสบการณ์การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 73.53 และ 70.59 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$)

2. ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุไทยมุสลิมก่อนรับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายก่อนและหลังการฟังอัลกุรอานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุไทยมุสลิมก่อนรับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายก่อนและหลังการฟังอัลกุรอานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความวิตกกังวล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD		
กลุ่มควบคุม	51.24	4.02	51.03	3.74	1.559	.064
กลุ่มทดลอง	50.56	3.73	26.76	3.01	35.588	< .001

จากตาราง 2 พบว่าข้อมูลคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง 50.56 ($SD = 3.73$) และหลังการทดลอง 26.76 ($SD = 3.01$) โดยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) แสดงให้เห็นว่า

การฟังอัลกุรอานสามารถช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง 51.24 ($SD = 4.02$) และ 51.03 ($SD = 3.74$) ตามลำดับ โดยไม่มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวไม่ส่งผลต่อการลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดในกลุ่มตัวอย่างนี้

3. ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ฟังอัลกุรอานของผู้สูงอายุไทยมุสลิมก่อนรับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 3 คะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ฟังอัลกุรอานของผู้สูงอายุไทยมุสลิมก่อนรับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง (n = 34)		กลุ่มควบคุม (n = 34)		t	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	50.56	3.73	51.24	4.02	.719	.238
หลังการทดลอง	26.76	3.01	51.03	3.74	29.500	< .001

จากตาราง 3 พบว่าข้อมูลคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุม 51.24 คะแนน ($SD = 4.02$) กลุ่มทดลอง 50.56 คะแนน ($SD = 3.73$) ซึ่งไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม 51.03 คะแนน ($SD = 3.74$) กลุ่มทดลองมี 26.76 คะแนน ($SD = 3.01$) ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลหลังทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < .001$)

การอภิปรายผล

1. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุไทยมุสลิมก่อนรับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายก่อนและหลังการฟังอัลกุรอานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการฟังอัลกุรอาน บทยาศั้น คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุไทยมุสลิมก่อนการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2 อธิบายได้ว่า การฟังอัลกุรอานบทยาศั้น ซึ่งมีความหมายเกี่ยวข้องกับหลักศรัทธา การฟื้นคืนชีพ และการรวมตัวในวันสิ้นโลก มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความมั่นคงทางจิตใจของชาวมุสลิม (อะห์หมัดมูสตอฟา อาลี โต๊ะละง, 2556) ทำให้เกิดความสงบในจิตใจและช่วยเบี่ยงเบนอารมณ์ลบ เช่น ความวิตกกังวล ความหวาดกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดมยาสลบ โดยการฟังเสียงอัลกุรอานซึ่งมีจังหวะช้าและท่วงทำนองที่ราบเรียบ กระตุ้นการทำงานของเส้นประสาทการได้ยินคู่ที่ 8 (Vestibulocochlear Nerve) ส่งสัญญาณไปยังระบบลิมบิก (Limbic System) และลดการทำงานของสมองส่วนอะมิกดาลา (Amygdala) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตอบสนองทางอารมณ์ (Ghiasi, Keramat, 2018) ขณะเดียวกันยังมีผลกระตุ้นสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างอารมณ์ด้านบวก และส่งเสริมการหลั่งฮอร์โมนเอ็นโดรฟิน (Endorphin) จากไฮโปทาลามัส ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและมีความสุข (Gavgani, Ghोजazadeh, Ghyassi-Sadeghi, Khodapanah, 2020)

นอกจากนี้การฟังอัลกุรอานเป็นกิจกรรมทางศาสนาที่ส่งเสริมความศรัทธาและสร้างความเชื่อมั่นในพระประสงค์ของพระเจ้า (Al-Nasser, Al-Rashidi, 2018) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการลดความเครียดและความวิตกกังวล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานทางศาสนาอย่างเข้มแข็ง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้บทยาศั้นซึ่งมีเนื้อหาความยาวประมาณ 29.48 นาที และมีระดับเสียงไม่เกิน 90 เดซิเบล เหมาะสมกับการฟังเพื่อการผ่อนคลายและการลดความวิตกกังวลในบริบทของผู้สูงอายุชาวมุสลิม นอกจากนี้ งานวิจัยของ Gavgani, Ghोजazadeh, Ghyassi-Sadeghi, Khodapanah (2020) พบว่าการฟังอัลกุรอานสามารถลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่การทบทวนวรรณกรรมโดย Ghiasi Keramat (2018) สรุปว่า การฟังอัลกุรอานสามารถลดความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Nasser, Al-Rashidi

(2018) พบว่าการฟังอัลกุรอานสามารถลดระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการผ่าตัดในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ฟื้นตัวดีขึ้นและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

2. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ฟังอัลกุรอานของผู้สูงอายุไทยมุสลิมก่อนรับการผ่าตัด โดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ก่อนและหลังการทดลองจากการให้ฟังสื่อบันทึกเสียงอัลกุรอานบทยาศีนดังกล่าวมาข้างต้นเป็นผลทำให้คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุไทยมุสลิมก่อนรับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในกลุ่มที่ฟังอัลกุรอานหลังฟังอัลกุรอานน้อยกว่าก่อนฟังอัลกุรอานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) (ตารางที่ 3) โดยสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มที่ฟังอัลกุรอาน คะแนนความวิตกกังวลก่อนฟังอัลกุรอานอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง แต่หลังจากการฟังอัลกุรอานพบว่าคะแนนความวิตกกังวลลดลงนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) เนื่องจากการฟังอัลกุรอานด้วยเสียงที่ไพเราะจะช่วยส่งเสริมให้เกิดความสงบสุขและยอมจำนนต่อพระประสงค์ของอัลลอฮ์ ด้วยหัวใจที่เปิดกว้างจะช่วยลดความวิตกกังวลที่มักเกิดจากความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการช่วยลดความวิตกกังวล (Rivati, Indra, 2024) จังหวะที่ช้า ๆ ของคัมภีร์อัลกุรอานจะก่อให้เกิดการผ่อนคลายของเสียงที่กระตุ้นเสียงอัลกุรอานมีผลต่อระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic Nervous System) ซึ่งช่วยให้ร่างกายเข้าสู่สภาวะผ่อนคลาย ทำให้รู้สึกสงบลง ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และลดฮอร์โมนความเครียด เช่น คอร์ติซอล สึกสงบมากขึ้น มีความผ่อนคลาย และมีสมาธิจดใจที่มั่นคงขึ้น (Akbarizadeh, Ramezani, Firozian, 2017) กระบวนการนี้ช่วยให้ผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจจากความวิตกกังวล และปรับปรุงระบบเคมีของร่างกาย ลดความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และกิจกรรมของคลื่นสมอง (Asrul, 2023) การฟังอัลกุรอานช่วยลดความวิตกกังวลโดยมีอิทธิพลของเสียงและจังหวะเสียงของอัลกุรอานมีจังหวะสม่ำเสมอและเป็นไปตามหลักภาษาศาสตร์ที่ก่อให้เกิดผลทางจิตใจ ช่วยทำให้สมองเกิดความรู้สึกสงบ สำหรับผู้สูงอายุไทยมุสลิมการฟังอัลกุรอานเป็นการต่อยอดความเชื่อและสร้างความมั่นใจว่าพระเจ้าจะทรงช่วยเหลือ ทำให้ความกลัวและความวิตกกังวลลดลง ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการพยาบาลแบบปกติไม่แตกต่างกัน ผู้เข้าร่วมบางรายยังคงแสดงออกถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการผ่าตัด

การฟังคัมภีร์อัลกุรอานทำให้ผู้ป่วยรู้สึกใกล้ชิดพระองค์มากขึ้น ช่วยให้พวกเขาไตร่ตรองและมอบความกังวลของตนให้กับพระองค์ ช่วยปลูกฝังความเชื่อมโยงที่ลึกซึ้งกับพระองค์และส่งเสริมความสงบสุข ความเชื่อมโยงทางจิตวิญญาณนี้มอบความสงบทางจิตใจที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่ประสบปัญหาความวิตกกังวล บุคคลที่มีสุขภาพจิตวิญญาณที่ดีมักจะใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและสมบูรณ์มากขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนและพอใจกับความสำเร็จ (Bozek, Nowak, Blukacz, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Al-Qahtani, Alsharif, Alzahrani (2020) ที่ศึกษาผลของการฟังอัลกุรอานต่อผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในค่าทางสรีรวิทยา เช่น ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะการผ่อนคลายและลดความวิตกกังวลได้จริง และยังสอดคล้องกับงานของ Hassan, Ahmed, Khan (2019) ที่รายงานว่า การฟังอัลกุรอานช่วยเสริมสร้างพลังศรัทธา ความมั่นใจ และความรู้สึกว่าตนเองมีที่พึ่งพิงทางจิตใจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยลดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ไม่แน่นอน เช่น การผ่าตัดหรือการเจ็บป่วยรุนแรง

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การฟังอัลกุรอานส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุไทยมุสลิมก่อนเข้ารับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจสรุปได้ว่าการฟังอัลกุรอานบทยาศีนเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุไทยมุสลิมก่อนเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับกลไกทั้งทางจิตใจ สรีรวิทยา และสังคมวัฒนธรรม การใช้การฟังเสียงอัลกุรอานสามารถเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวล โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเชื่อในศาสนาอิสลามและผู้ที่ต้องเผชิญกับความเครียดก่อนและหลังการผ่าตัด

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุไทยมุสลิมก่อนรับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายแล้วยังจัดว่าเป็นการพยาบาลที่สอดคล้องกับวิถีของมุสลิม มีผลต่อการพยาบาลด้านจิตวิญญาณอีกด้วย

2. ด้านการวิจัย นักวิจัยสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางพัฒนาการทำวิจัยให้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการฟังอัลกุรอานต่อความวิตกกังวลในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย
2. ควรพัฒนาแอปพลิเคชัน (Application) บนอุปกรณ์เคลื่อนที่ เช่น โทรศัพท์มือถือหรือแท็บเล็ต เพื่อใช้ในการฟังอัลกุรอานในบริบทของการดูแลก่อนรับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เนื่องจากจะช่วยสร้างความเป็นระบบและมาตรฐานในการฟังอัลกุรอาน ช่วยเพิ่มความร่วมมือของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลตนเองก่อนรับการผ่าตัด เป็นเครื่องมือที่สามารถนำไปใช้ในงานบริการจริงได้อย่างยั่งยืน อีกทั้งส่งเสริมแนวทางการดูแลแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมและศาสนาด้วย

รายการอ้างอิง

- กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. (2563). รายงานสถิติผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2561-2563.
- ชัยวัฒน์ วัฒนจันทร์. (2564). การจัดการยาระงับความรู้สึกในผู้สูงอายุ: ความท้าทายและแนวปฏิบัติ. *วารสารสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย*, 47(3), 125-132.
- ชาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2534). *จิตวิทยาอุตสาหกรรม*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิวัฒน์ เอกบูรณะ. (2557). *แบบประเมินประสิทธิภาพการรับรู้ด้านการได้ยิน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งหนึ่ง.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2561). *แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (SPMSQ) ฉบับภาษาไทย*. เชียงใหม่: กลุ่มงานสุขภาพจิต.
- อะห์หมัดมูสตอฟา อาลี โต๊ะลง. (2556). *ความศรัทธาในอัลกุรอานกับการดำรงชีวิตของมุสลิม*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมมุสลิมศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญญา โอฬารธเรศ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และนภชา สิงห์วีระธรรม. (2566). การเปรียบเทียบความคาดหวังและความเป็นจริงของผู้รับบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัดเล็ก. *วารสารกระเปาะเวชสาร*, 6(2), 29-39.
- อับดุลรุสอิสลาม มุฮัมมัด และสมหมาย สุทธิดา. (2565). การดูแลผู้ป่วยมุสลิมในระบบสุขภาพ: การประยุกต์ใช้วิธีที่เหมาะสมกับศาสนาและวัฒนธรรม. *วารสารการพยาบาลศาสนาและวัฒนธรรม*, 3(1), 15-27.
- อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2558). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒน์.
- Akbarizadeh, F., Ramezani, M., & Firozian, F. (2017). The effect of listening to holy quran recitation on anxiety in hemodialysis patients: A randomized clinical trial. *Journal of Religion and Health*, 56(6), 2080-2088. doi.org/10.1007/s10943-017-0402-8
- Al-Galal, S. A., & Alshaikhli, I. F. T. (2017). Analyzing brainwaves while listening to Quranic recitation compared with listening to music based on EEG signals. *International Journal on Perceptive and Cognitive Computing*, 3(1), 1-5.

- Al-Nasser, A., & Al-Rashidi, H. (2018). The impact of listening to the Holy Quran on anxiety levels before and after surgery: A study among elderly Muslim patients. *Journal of Religion and Health*, 57(5), 1909-1920. doi.org/10.1007/s10943-017-0405-4
- Al-Qahtani, A. M., Alsharif, A. M., & Alzahrani, A. M. (2020). *Effect of Quran listening on anxiety and vital signs in preoperative patients: A randomized controlled trial. Journal of Holistic Nursing*, 38(2), 182-190.
- Archival Federal Reserve Economic Data (ALFRED). (2024). *Thailand Aging Population Statistics*. alfred.stlouisfed.org
- Asrul, A. (2023). Effectiveness of Al-Qur'an Murottal therapy against anxiety of preoperative patients. *Journal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(1), 129-135.
- Becher, R. D., Turrentine, F. E., Stukenborg, G. J., & Jones, R. S. (2020). A contemporary analysis of surgical trends in the United States: The rising impact of geriatric surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 230(3), 388-396. doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2019.12.020
- Berian, J. R., Mohanty, S., Ko, C. Y., Rosenthal, R. A., Robinson, T. N., & Finlayson, E. (2021). Association of geriatric comanagement and 90-day postoperative mortality among patients aged 75 years and older. *JAMA Surgery*, 156(7), 590-598. doi.org/10.1001/jamasurg.2021.1160
- Bozek, A., Nowak, P. F., & Blukacz, M. (2020). The relationship between spirituality, health-related behavior, and psychological well-being. *Frontiers in psychology*, 11, 1997.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence* (6th ed.). Elsevier.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Gavvani, Z. V., Ghojzadeh, M., Ghyassi-Sadeghi, F., & Khodapanah, T. (2020). Effects of listening to Quran recitation on anxiety reduction in elective surgeries: A systematic review and meta-analysis. *Archive for the Psychology of Religion*, 44(2), 111-126. doi.org/10.1177/00846724221102198
- Ghiasi, A., & Keramat, A. (2018). The effect of listening to Holy Quran recitation on anxiety: A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(6), 411-420. doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_173_17
- Hassan, A., Ahmed, R., & Khan, S. (2019). The effect of preoperative anxiety on surgical outcomes: A clinical study. *Journal of Clinical Anesthesia*, 57(2), 45-52. https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2019.01.005
- Hernandez, P. J., Fuentes, G. D., Falcon, A. L., Rodriguez, R. A., Garcia, P. C., & Roca-Calvo, M. J. (2015). Visual analogue scale for anxiety and amsterdam preoperative anxiety scale provide a simple and reliable measurement of preoperative anxiety in patients undergoing cardiac surgery. *International Cardiovascular Research Journal*, 9, 1-6.
- Khan, M. R., Ahmed, J., Rehman, R., & Syed, A. A. (2021). Physiological stress responses and perioperative anxiety in surgical patients. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 37(6), 1689-1693.

- Paryad, E., Ghezeljeh, T. N., & Jaber, A. (2022). The effect of preoperative education on anxiety in older adults undergoing surgery: A randomized controlled trial. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 26, 100274.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441. doi.org/10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Pritchard, M. J. (2018). Psychological aspects of preoperative anxiety. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 987-994.
- Riviati, N., & Indra, B. (2024). Reading Holy Quran associated with better cognitive function in older adults: A systematic review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 10, 23337214241239219.
- Saputro, T. D., Wahyuningtyas, E. S., & Kamal, S. (2025). An experimental study on the impact of holy Qur'an recitation in reducing anxiety among preoperative patients in Indonesia. *Innovation in Health for Society*, 5(1).
- Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and Behavior*. Academic Press.
- Spielberger C. D., Gorsuch, R. C., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for The State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Weingarten, T. N., Sprung, J., & Warner, D. O. (2017). Drug interactions with new oral anticoagulants in elderly patients. *Drugs & Aging*, 34(7), 467-478. doi.org/10.1007/s40266-017-0466-0
- Williams, M. A., Frazier, S. K., & Moser, D. K. (2019). The effects of anesthesia methods and anesthetics on postoperative delirium in the elderly: A systematic review. *Journal of Clinical Anesthesia*, 57,1-7. doi.org/10.1016/j.jclinane.2019.03.001
- World Health Organization. (2019). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Retrieved March 20, 2023, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>.

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมกรอบความคิดแบบเติบโตในการลดภาวะเครียด
ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

The Effectiveness of a Growth Mindset Promotion Program on Reducing Stress
among Undergraduate Students at Kamphaeng Phet Rajabhat University

รัชณี ศรีตะวัน¹, กวินลักษณ์ นาวิชิต^{1*}, กัลยา สุรารักษ์¹, ปริญญกร วรวรรณถาวร¹, มาเรียมยา คาราสะมานะกิ¹,
ณัฐนันท์ โพธิ์สุวรรณ¹, ณพิชชา ปาละโค¹

Ratchanee Sritawan¹, Kawinlak Nawichit^{1*}, Kanlaya Surarak¹, Parinyakorn Worawanthawo¹,
Mariaya Karasamanaki¹, Natthan Phosuwan¹, Napitcha Palako¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

¹Faculty of Nursing, Kamphaeng Phet Rajabhat University

(Received: September 17, 2025; Revised: November 9, 2025; Accepted: December 13, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความเครียดของนักศึกษา ก่อน หลัง และติดตามผล 1 สัปดาห์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมกรอบความคิดแบบเติบโต และเปรียบเทียบระดับความเครียดเป็นรายคู่ ระหว่างช่วงเวลาของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาที่มีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป จำนวน 30 คน โดยการสุ่มใจเข้าร่วม (Voluntary Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมกรอบแนวคิดแบบเติบโต ซึ่งมีค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .67 - 1.00 และ 2) แบบวัดความรู้สึกเครียด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 โดยแบบวัดมีคะแนนรวม 0 - 40 คะแนน แปลผลเป็นระดับความเครียดต่ำ (0 - 13 คะแนน) ปานกลาง (14 - 26 คะแนน) และสูง (27 - 40 คะแนน) การเก็บข้อมูล 3 ระยะคือ ก่อน หลัง และการติดตามผล 1 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน สถิติ Friedman Test และสถิติ Wilcoxon Signed-Rank ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการใช้โปรแกรมคะแนนความเครียดทั้งสามช่วงเวลาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 20.157$, $df = 2$, $p\text{-value} < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Kendall's $W = 0.34$) คะแนนมัธยฐานความเครียดลดลงจาก จาก 30.00 (IQR = 10.00) ก่อนการทดลอง เหลือ 24.50 (IQR = 9.00) หลังการทดลองทันที และ 21.00 (IQR = 9.00) ในช่วงติดตามผล 1 สัปดาห์ ตามลำดับ
2. การทดสอบรายคู่ด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่าคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลาการเปรียบเทียบ ($p\text{-value} < .05$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงใหญ่ ($r = .39-.72$) ตามลำดับ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมกรอบความคิดแบบเติบโตมีประสิทธิผลในการลดระดับความเครียดของนักศึกษาและยังส่งผลต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโปรแกรม ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงป้องกันของนักศึกษา และประยุกต์ใช้กับนักศึกษาคณะอื่น ๆ เพื่อขยายผลการใช้ประโยชน์ให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: กรอบความคิดแบบเติบโต ความเครียด นักศึกษาระดับปริญญาตรี

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

Abstract

This one-group repeated measures quasi-experimental design study aimed to compare the stress levels of undergraduate students before, after, and one week following participation in a "growth mindset promotion program". The study also examined pairwise differences in stress levels across the three time points. The participants were 30 undergraduate students at Kamphaeng Phet Rajabhat University who had moderate or higher stress levels and voluntarily participated in the study. The research instruments included: 1) the program, which demonstrated content validity indices ranging from 0.67 to 1.00, and 2) the Perceived stress scale questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient of .82. The total possible scores ranged from 0 to 40, interpreted as low (0–13), moderate (14–26), and high (27–40) stress levels. Data were collected at three time points: before the intervention, immediately after, and one week after program completion. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation, and median), the Friedman test, and the Wilcoxon signed-rank test. Results showed that :

1. Stress scores across the three measurement points differed significantly ($\chi^2 = 20.157$, $df = 2$, $p\text{-value} < .001$), with a moderate effect size (Kendall's $W = 0.34$). The median stress score decreased from 30.00 (IQR = 10.00) before the intervention to 24.50 (IQR = 9.00) immediately after, and further to 21.00 (IQR = 9.00) at the one-week follow-up.

2. Pairwise comparisons using the Wilcoxon signed-rank test indicated statistically significant reductions in stress across all time points ($p\text{-value} < .05$), with moderate to large effect sizes ($r = .39 - .72$).

The results indicate that the promotion program was effective in reducing students' stress levels and that the effect persisted after program completion. The program can be applied to preventive mental health promotion activities for university students and adapted for students in other faculties to broaden its impact.

Keywords: Growth Mindset, Stress, Undergraduate Students

บทนำ

การพัฒนากำลังคนที่มีคุณภาพเป็นเป้าหมายสำคัญของการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษา ตามพระราชบัญญัติ การอุดมศึกษา พ.ศ. 2562 ที่กำหนดกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ตามกฎกระทรวง พ.ศ. 2565 มีผลลัพธ์ การเรียนรู้ของผู้สำเร็จการศึกษาทุกระดับมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ต้องมีอย่างน้อยสี่ด้าน ดังต่อไปนี้ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านทักษะ 3) ด้านจริยธรรม และ 4) ด้านลักษณะบุคคล การบรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวังเหล่านี้ จำเป็นต้องอาศัยพื้นฐานสุขภาพจิตที่ดี เนื่องจากมีงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาสุขภาพจิต ในภาคการศึกษาแรกของการ ศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ต่ำในช่วงระยะเวลา การเรียนระดับปริญญาตรีได้อย่างมีนัยสำคัญ (Chu, Liu, Takayanagi, Matsushita, Kishimoto, 2022) ซึ่งแนวทาง ดังกล่าวสอดคล้องโดยตรงกับนโยบายการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2564 - 2570) ที่ได้ ให้ความสำคัญกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยเรียนและวัยทำงานเป็นวาระเร่งด่วนของประเทศ ทว่าในปัจจุบันนักศึกษากำลังเผชิญภาวะเครียดและซึมเศร้าสูง โดยกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2022) รายงานว่า นักศึกษาไทยกว่าร้อยละ 30 มีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยพบว่ามีการซึมเศร้าร้อยละ 28.60 มีความวิตกกังวลร้อยละ 31.00 และมีความเครียดร้อยละ 45.00 นอกจากนี้ ยังพบว่านักศึกษาร้อยละ 8.30

มีความคิดฆ่าตัวตาย และร้อยละ 2.30 เคยพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งถือเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน และพบว่าปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ความกังวลเรื่องการเรียน ภาระทางการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว และการปรับตัวในสิ่งแวดล้อมใหม่ สอดคล้องกับการสำรวจในมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร (2568) ที่พบว่า นักศึกษาหลายคนมีความเครียดระดับสูงกว่าร้อยละ 20 สอดคล้องกับภาพรวมสถานการณ์สุขภาพจิตของคนไทย ทุกช่วงวัยระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2567 ที่พบว่าเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี เป็นกลุ่มที่เปราะบางที่สุด โดยมีความเครียด สูงถึงร้อยละ 24.83 มีความเสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 29.51 และมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 20.35 ซึ่งเป็นตัวเลข ที่สูงกว่าประชากรวัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญ สถานการณ์นี้มีได้เกิดขึ้นเฉพาะในภาพรวมระดับประเทศเท่านั้น แต่ยังไม่ ปรากฏชัดในงานวิจัยหลายชิ้นที่ชี้ว่านักศึกษามหาวิทยาลัยประมาณร้อยละ 35 - 45 มีระดับความเครียดสูงถึงขั้นรุนแรง และอีกราวร้อยละ 28 - 32 กำลังเผชิญกับอาการเหนื่อยล้าทางจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และบันทึกผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Thai PBS, 2024; สุนันทา ศรีสวัสดิ์, 2564) ความเครียด นอกจากส่งผลกระทบต่อการศึกษาแล้ว ยังพบส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ได้แก่ ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ใจสั่น นอนไม่หลับ เป็นต้น ความเครียดมีผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกายในทุกๆ ระบบ รวมถึง กลุ่มอาการ Hyperventilation Syndrome ซึ่งจะมีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่มเหมือนใจจะขาดใจตาย จึงพยายาม หายใจเร็ว ส่งผลทำให้ภาวะกรดต่างในเลือดผิดปกติ ระดับเกลือแร่ในร่างกายเสียสมดุล เกิดอาการปลายมือปลายเท้า ชาและจีบเกร็งคล้ายกับมีลมชัก (Lotrakul, Sukanich, 2015) สถานการณ์นี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการจัดการปัญหา อย่างเร่งด่วนในการจัดการปัญหานี้

มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ในฐานะสถาบันอุดมศึกษาเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น ได้ตระหนักถึงความรุนแรง ของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนักศึกษา และได้ดำเนินการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาระดับปริญญาตรี อย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2567 - 2568 ครอบคลุมทั้ง 6 คณะ โดยมีนักศึกษาร่วมตอบแบบประเมินรวม 5,712 คน ผลการสำรวจสะท้อนให้เห็นว่านักศึกษามีระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูง โดยผลการประเมินภาวะเครียด (Stress Test: ST-5) ชี้ให้เห็นว่านักศึกษากว่าครึ่งกำลังเผชิญกับความเครียดในระดับมากถึงมากที่สุด จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 16.93 และจำนวน 563 คน คิดเป็นร้อยละ 10.94 ตามลำดับ ซึ่งเป็นภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือ อย่างเหมาะสม รวมถึงภาวะสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกันยังปรากฏชัดเจนจากข้อมูลการประเมิน ได้แก่ ความเสี่ยงต่อ ภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ซึ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการดูแลช่วยเหลือเพิ่มเติมในทางที่เหมาะสม ยิ่งขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2567) มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชรมีระบบการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาที่มีการเจ็บป่วย ในสุขภาพกาย และสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ โดยมีกลไกการดำเนินงานตามลำดับของสายการบังคับบัญชาเพื่อให้ การช่วยเหลือเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพอาจารย์ที่ปรึกษาหมู่เรียนมีบทบาทในการเฝ้าระวัง สังเกต พฤติกรรม และประเมินภาวะของนักศึกษาอย่างสม่ำเสมอใน 5 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ด้านวิชาการ 2) ด้านปัญหาส่วนตัว 3) ด้านระเบียบวินัย 4) ด้านอุปนิสัย และ 5) ด้านกิจกรรมพัฒนานักศึกษา หากพบนักศึกษามีภาวะเสี่ยงทาง สุขภาพจิต อาจารย์ที่ปรึกษาจะประเมินเบื้องต้นและส่งต่อไปยัง “คลินิกอบอุ่น” คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชคัดกรองและส่งต่อหน่วยบริการที่เหมาะสมต่อไป อย่างไรก็ตาม แม้ระบบ ดังกล่าวจะครอบคลุมการดูแลในหลายมิติ แต่ยังมีข้อจำกัดสำคัญ คือ การดำเนินงานมุ่งให้ความช่วยเหลือหลังเกิด ปัญหา มากกว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจเชิงป้องกัน อีกทั้งยังขาดโปรแกรมที่มีโครงสร้างชัดเจนในการพัฒนา ทักษะการจัดการความเครียดและเสริมสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งไม่มีเครื่องมือประเมินผลที่สะท้อนการ เปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรมได้อย่างเป็นระบบ

ภาวะความเครียดของนักศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับรู้และการประเมินสถานการณ์ของตนเอง (Lazarus , Folkman, 1984) ผู้ที่มองอุปสรรคเป็นภัยคุกคามมักมีความเครียดสูง ในขณะที่ผู้ที่มีการรอบความคิดเชิงบวกสามารถ ปรับตัวได้ดีกว่า แนวคิด "กรอบความคิดแบบเติบโต" (Growth Mindset) ของ Dweck (2006) ชี้ว่าความสามารถ สามารถพัฒนาได้ด้วยความพยายามและการเรียนรู้จากข้อผิดพลาด ซึ่งช่วยลดความเครียดและส่งเสริมความยืดหยุ่น ทางอารมณ์ (Resilience) และความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) องค์ประกอบสำคัญของ Growth Mindset

ประกอบด้วย 1) ความเชื่อว่าความสามารถทางปัญญาสามารถพัฒนาได้ 2) การเปิดรับและต้อนรับความท้าทาย 3) ความมุ่งมั่นยืนหยัดเมื่อเผชิญความพ่ายแพ้ 4) การมองว่าความพยายามคือหนทางสู่ความสำเร็จ 5) การเรียนรู้จากคำวิพากษ์วิจารณ์ และ 6) การแสวงหาบทเรียนและแรงบันดาลใจจากความสำเร็จของผู้อื่น (ธนบดี สุริยะจันทร์หอม, 2561) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นฐานในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ อีกทั้ง งานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยใช้แนวคิด “กรอบความคิดแบบเติบโต (Growth Mindset)” ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยเฉพาะในกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ ยังมีจำนวนจำกัดและขาดการศึกษาที่ลงลึกในมิติของความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Emotional Resilience) และการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ (Psychological Immunity) ให้แก่นักศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับตัวต่อความเครียดและอุปสรรคทางการเรียนในยุคปัจจุบัน (Dweck, 2006; สุภาพร จันทร์เจริญ, 2565)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความมุ่งมั่นและเห็นความสำคัญที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในการลดภาวะเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับความเข้มข้นทางวิชาการและการวางแผนอนาคตอย่างจริงจัง โดยใช้องค์ประกอบทั้ง 6 ข้อเป็นรากฐาน มีรูปแบบกระบวนการชัดเจน และการประเมินผลเชิงประจักษ์ เพื่อเติมเต็มช่องว่างความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏให้สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพจิตแห่งชาติ (พ.ศ. 2564 – 2570) ผลลัพธ์จะเป็นประโยชน์ต่อมหาวิทยาลัยในการพัฒนานโยบายและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ สร้างองค์ความรู้ใหม่ในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่สามารถประยุกต์ใช้ในสถาบันการศึกษาอื่นได้ และช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะทางจิตของนักศึกษาไทยให้เติบโตเป็นกำลังสำคัญของชาติในระยะยาว

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความเครียดของนักศึกษาก่อน หลัง และติดตามผล 1 สัปดาห์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมกรอบความคิดแบบเติบโต
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดเป็นรายคู่ ระหว่างช่วงเวลาก่อน ทดลอง-หลังทดลอง ก่อนทดลอง-ติดตามผล และหลังทดลอง-ติดตาม ผล 1 สัปดาห์

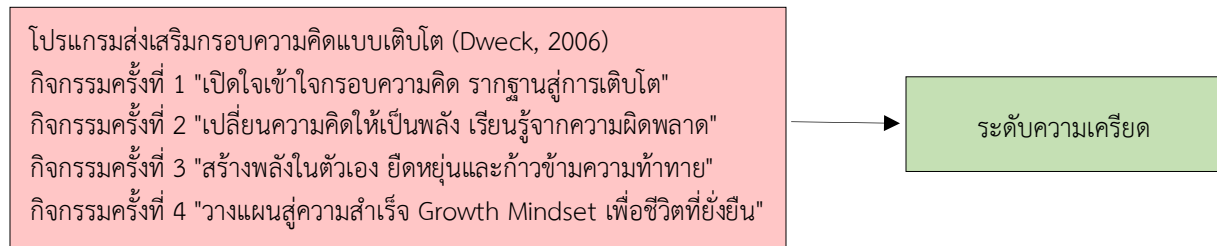
สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความเครียดของนักศึกษาภายหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมกรอบความคิดแบบเติบโต และเมื่อติดตามผล 1 สัปดาห์ ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมกรอบความคิดแบบเติบโต
2. ระดับความเครียดของนักศึกษา เมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ มีระดับ ความเครียดภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมกรอบความคิดแบบเติบโต ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระดับความเครียดเมื่อติดตามผล 1 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระดับความเครียดเมื่อติดตามผล 1 สัปดาห์ ต่ำกว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดวิจัย

ความเครียด (Stress) หมายถึง ภาวะความตึงเครียดทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้สถานการณ์ที่เผชิญเกินขีดความสามารถในการปรับตัว ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ซึ่งอธิบายว่าความเครียดเกิดจากกระบวนการประเมินทางปัญญา (Cognitive Appraisal) ระหว่างความต้องการของสถานการณ์กับทรัพยากรที่บุคคลมี หากรับรู้ว่าจะไม่สามารถจัดการได้จะเกิดภาวะเครียด ผู้วิจัยได้นำแนวคิดกรอบความคิดแบบเติบโต (Growth Mindset) ของ Dweck (2006) มาเป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรม เนื่องจากเชื่อว่าความสามารถและสติปัญญาสามารถพัฒนาได้ผ่านความพยายามและการเรียนรู้จากประสบการณ์ กรอบความคิดแบบเติบโตจึงเป็นกลไกสำคัญในการลดภาวะเครียดผ่านการมองปัญหาเป็นโอกาสในการเรียนรู้

(Reappraisal) เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) เสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Resilience) และมุ่งเน้นกระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ (Process-oriented Thinking) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (One-group Repeated Measures Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ปีการศึกษา 2568 ที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพจิต จำนวน 5,145 คน มีระดับความเครียด ความเครียดในระดับมากถึงมากที่สุด จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 16.93 และจำนวน 563 คน คิดเป็นร้อยละ 10.94 ตามลำดับ (ข้อมูลจากกองพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร) เกณฑ์คัดเข้า มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่ลงทะเบียนเรียนในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2568 ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร 2) มีผลการประเมินความเครียดอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป 3) ไม่มีประวัติการได้รับการรักษาทางจิตเวชในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และไม่อยู่ในระหว่างการใช้ยาหรือการบำบัดทางจิตสังคมอื่น ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับความเครียด 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือยินยอม และ 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนด กำหนดเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มีประวัติการรักษาทางจิตเวชภายใน 6 เดือนล่าสุด หรืออยู่ระหว่างการรักษา/ติดตามทางจิตเวช 2) มีภาวะเสี่ยงทางจิตเวชระดับสูง จากการคัดกรองเบื้องต้นไม่เหมาะสมต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือภาวะเฉียบพลันอื่น ๆ 3) ไม่ให้ความยินยอม หรือถอนความยินยอมระหว่างการศึกษา และ 4) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามเกณฑ์ (ขาดกิจกรรมหลักหรือการวัดผลในช่วงใดช่วงหนึ่ง) หรือมีข้อมูลไม่สมบูรณ์ในการวิเคราะห์

กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 30 คน โดยใช้การเลือกแบบสมัครใจ (Voluntary Sampling) ผ่านการประชาสัมพันธ์ในช่องทางออนไลน์ ผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ได้รับเชิญให้เข้าร่วมโปรแกรมตามลำดับการสมัคร เมื่อครบจำนวนที่กำหนดจึงปิดรับสมัคร คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก F-tests, Statistical test เลือก ANOVA: Repeated measures, within factors) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.25 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) Number of measurement เท่ากับ 3 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 28 คน ผู้วิจัยเผื่อการออกกลางคันร้อยละ 10 (Polit, Beck, 2017) ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยใช้การเลือกแบบสมัครใจ (Voluntary Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมกรอบแนวคิดแบบเติบโตในการลดภาวะเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Dweck (2006) และองค์ประกอบสำคัญของบุคคลที่มีกรอบความคิดแบบเติบโต 6 ประการของ ธนะดี สุริยะจันทร์หอม (2561) ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง คือ

กิจกรรมที่ 1 "เปิดใจเข้าใจกรอบความคิด รากฐานสู่การเติบโต" กิจกรรมที่ 2 "เปลี่ยนความคิดให้เป็นพลัง เรียนรู้จากความผิดพลาด" กิจกรรมครั้งที่ 3 "สร้างพลังในตัวเอง ยึดหยุ่นและก้าวข้ามความท้าทาย" และกิจกรรมครั้งที่ 4 "วางแผนสู่ความสำเร็จ Growth Mindset เพื่อชีวิตที่ยั่งยืน"

ส่วนที่ 2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของนักศึกษา แบบเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี การศึกษา สาขาวิชา

2.2 แบบวัดความรู้สึกเครียด (Thai Perceived Stress Scale: T-PSS-10) ซึ่งพัฒนาโดย (ณัทย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, 2553) โดยแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้สึกเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha ของแบบวัดเมื่อศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เท่ากับ .87 แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับความเครียด จำนวน 6 ข้อ และการจัดการความเครียด จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (5 = บ่อยมาก ถึง 1 = ไม่เคยเลย) ครอบคลุมการประเมินความรู้สึกเครียดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ทั้งด้านความรู้สึกควบคุมสถานการณ์ไม่ได้และความรู้สึกที่สามารถจัดการกับปัญหาได้ มีการแปลผล แบ่งคะแนนรวมได้เป็น 3 ระดับ (Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983; (ณัทย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, 2553) ดังนี้

0 - 13 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกเครียดในระดับต่ำ

14 - 26 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกเครียดในระดับปานกลาง

27- 40 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกเครียดในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย โปรแกรมส่งเสริมกรอบแนวคิดแบบเติบโตในการลดภาวะเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรีให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลศาสตรสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์สาขาจิตวิทยา 1 ท่าน และผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิต 1 ท่าน ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .67 – 1.00 ซึ่งเป็นผ่านเกณฑ์ยอมรับ

แบบวัดความรู้สึกเครียด (Perceived Stress Scale: T-PSS-10) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับนักศึกษาที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้สึกเครียด โดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82 ซึ่งมีค่ามากกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (≥ 0.70) (Nunnally, Bernstein, 1994)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยติดต่อประสานงาน กับผู้บริหารคณะต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร เพื่อขออนุญาตประชาสัมพันธ์โปรแกรมส่งเสริมกรอบความคิดแบบเติบโต จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมกรอบความคิดแบบเติบโต และแบบสอบถาม การประชาสัมพันธ์และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามก่อนทดลอง

ขั้นตอนการ

การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง การทำกิจกรรมกลุ่มทำรวมกัน และมีแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 6 คน ตามใบงานต่าง ๆ โดยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 5 คน ดูแลอย่างใกล้ชิดใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 90 - 120 นาที กำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยนักวิจัยดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ที่กำลังศึกษาในรายวิชาการวิจัยทางการพยาบาล 2) มีความสนใจในการวิจัยการพยาบาลจิตเวช 3) ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากผู้วิจัย ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้จัดการอบรมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการใช้เครื่องมือวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รวมระยะเวลา 4 - 6 ชั่วโมง พร้อมทั้งได้ฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือจริง เพื่อให้เกิดความชำนาญและความสอดคล้องกัน

ในการเก็บข้อมูลก่อนการเก็บข้อมูลจริง ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำกับดูแลการทำงานของผู้ช่วยวิจัยอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตาราง 1 รายละเอียดของโปรแกรมการส่งเสริมกรอบแนวคิดแบบเติบโต

ครั้งที่	กิจกรรม
ครั้งที่ 1 เปิดใจ เข้าใจกรอบ ความคิด รากฐานสู่ การเติบโต	วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ เกิดความไว้วางใจ เข้าใจความหมายและความแตกต่างระหว่างกรอบความคิดแบบเติบโต (Growth Mindset) และกรอบความคิดแบบตายตัว (Fixed Mindset) และสำรวจกรอบความคิดของตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ กิจกรรม เข้าสู่ขั้นตอนการเตรียมความพร้อม แนะนำตัว เริ่มกิจกรรม Ice-breaking "สายใย Growth Mindset" เชื่อมโยงเครือข่ายแห่งการเรียนรู้และการเติบโต โดยให้ทุกคนแลกเปลี่ยนเรื่องที่ท้าทายในประสบการณ์ที่ผ่านมา หลังจากนั้นนำเสนอ ความหมายของกรอบแนวคิดโดยรวม เจาะลึกความแตกต่างระหว่าง กรอบความคิดแบบตายตัว และกรอบความคิดแบบเติบโตอย่างละเอียดพร้อมยกตัวอย่างที่เข้าใจง่ายและเชื่อมโยงกับชีวิตนักศึกษา แบ่งกลุ่มแจกบัตรสถานการณ์ที่ให้ได้แลกเปลี่ยนถึงการมีกรอบแนวคิดแบบตายตัว หรือแบบเติบโต และสำรวจกรอบแนวคิดของตนเอง และการสะท้อนคิดในการดำเนินกิจกรรม มอบการบ้านให้สำรวจตนเองเมื่อเจอเหตุการณ์ มีกรอบแนวคิดแบบไหน
ครั้งที่ 2 เปลี่ยน ความคิดให้เป็นพลัง เรียนรู้จากความ ผิดพลาด	วัตถุประสงค์ เพื่อให้เข้าใจถึง ความผิดพลาดเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้ และเป็นโอกาสในการพัฒนาตนเอง ฝึกฝน การสะท้อนคิดอย่างมีโครงสร้าง จากประสบการณ์ความผิดพลาด และนำไปสู่การวางแผนพัฒนาตนเองเรียนรู้เทคนิคการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากความผิดพลาด และความกดดันในการเรียน กิจกรรม ในกิจกรรมประกอบด้วย การทำกิจกรรมกลุ่มให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในหัวข้อ “การเรียนรู้จากความผิดพลาดของฉัน” หลังจากนั้นสรุปด้วยการนำเสนอใบความรู้ในหัวข้อ “เรียนรู้จากความผิดพลาด พลังของการสะท้อนคิด” ในมุมมองของคนที่มีความ Growth mind set ความผิดพลาดคือข้อมูลล้ำค่า และเป็นส่วนหนึ่งที่ขาดไม่ได้ของกระบวนการเรียนรู้ ต่างจากกรอบความคิดแบบตายตัว (Fixed Mindset) ที่ทำให้เราเชื่อว่าความผิดพลาดแสดงถึงความไม่ฉลาดหรือความสามารถที่มีจำกัด ซึ่งนำไปสู่ความกลัวที่จะลองทำสิ่งใหม่ เพราะกลัวความผิดพลาด ดังนั้นเปลี่ยนความคิด ความผิดพลาดคือโอกาสทอง เมื่อเราเปลี่ยนมาใช้ Growth Mindset เราจะมองความผิดพลาดต่างไป ความผิดพลาดคือสัญญาณ บอกว่าเราต้องพัฒนาตรงไหนความผิดพลาดคือบทเรียน ทำให้เราฉลาดขึ้น แกร่งขึ้น ความผิดพลาดคือเชื้อเพลิง จุดประกายให้เราพยายามมากขึ้นความผิดพลาดคือส่วนหนึ่งของความสำเร็จ เพราะทุกความสำเร็จล้วนมีบทเรียนจากความผิดพลาดเป็นรากฐาน หลังจากนั้น ให้เขียนแผนการเรียนรู้จากความผิดพลาดของฉัน ในสมุดบันทึกของตนเองก่อนจบกิจกรรม ให้ตัวแทนสะท้อนคิดในกิจกรรมดังกล่าว
ครั้งที่ 3 สร้างพลัง ในตัวเอง ยึดหยุ่น และก้าวข้ามความ ท้าทาย	วัตถุประสงค์ สำรวจและตระหนักถึงจุดแข็งและศักยภาพภายในของตนเอง ที่สามารถนำมาใช้ในการรับมือกับความท้าทายและความเครียดเรียนรู้และฝึกฝน เทคนิคการจัดการความเครียดที่หลากหลายที่เหมาะสมและเชื่อมโยงกรอบในการสร้างความเข้มแข็งทางใจ กิจกรรม ประกอบด้วย การทำกิจกรรมกลุ่มในการค้นหาจุดแข็ง และศักยภาพของตนเอง ซึ่งได้จากตนเองและการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับเพื่อน และแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อเกิดความผิดพลาดอาจส่งผลกระทบต่อความเครียด วิตกกังวลใจ ให้แลกเปลี่ยนวิธีการจัดการความเครียด สัญญาณเตือนของร่างกาย จิตใจ ในความเครียดของตนเองที่เกิดขึ้น การหาแนวทางแก้ไขความเครียดด้วยการแก้ไขที่สาเหตุ หรือการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม นำการเชื่อมโยง Growth mindset มาข้ามผ่านความท้าทายในปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่	กิจกรรม
ครั้งที่ 4 วางแผนสู่ความสำเร็จ Growth Mindset เพื่อชีวิตที่ยั่งยืน	วัตถุประสงค์ บูรณาการแนวคิด Growth Mindset เข้ากับเป้าหมายการเรียนรู้และการใช้ชีวิตในระยะยาว เรียนรู้การ ตั้งเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพ (SMART Goals) และวางแผนการลงมือทำ และวางแผนสู่ความสำเร็จ Growth Mindset เพื่อชีวิตที่ยั่งยืน กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่ม การเรียนรู้ในการตั้งเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพ การตั้งเป้าหมายในอนาคต การนำแนวคิดการ ตั้งเป้าหมายแบบ SMART Goals (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound) พร้อมยกตัวอย่างเป้าหมายที่เชื่อมโยงกับชีวิตนักศึกษาจากคณะต่างๆ (เช่น การทำเกรด, การพัฒนาทักษะเฉพาะ, การเตรียมตัวฝึกงาน/หางาน) การนำ Growth Mindset สนับสนุนการตั้งเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพ หลังจากนั้น ให้แต่ละคนตั้งเป้าหมายในอนาคตของตนเอง ที่เจาะจง ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง และให้เขียน สัญญา Growth Mindset กับตัวเอง เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ หลังจากนั้น ให้ทำแบบสอบถามหลังการเข้าโปรแกรมการส่งเสริมกรอบแนวคิดแบบเติบโต

ขั้นประเมินผล

ติดตามผลหลัง 1 สัปดาห์ทางออนไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

- วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระดับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ก่อน หลังและติดตามผล 1 สัปดาห์ ได้ตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดน้อยกว่า 50 คน ผลการทดสอบพบว่า $p\text{-value} = .243$ แสดงว่าข้อมูลไม่เป็นไปตามการแจกแจงแบบปกติ (Polit, Beck, 2017; Field, 2018; Shapiro, Wilk, 1965) ดังนั้นจึงใช้สถิติไม่เป็นพารามิเตอร์ (Non-parametric statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ Friedman Test เพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของระดับความเครียดในสามช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และการติดตามผลหลัง 1 สัปดาห์ และใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เพื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ ได้แก่ ก่อน-หลัง ก่อน-ติดตามผล และหลัง-ติดตามผล ทั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ใบรับรองจริยธรรม เลขที่ NREC 0066/2568 ลงวันที่ 15กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 2 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ข้อมูลบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	23.33
หญิง	23	76.67

ข้อมูลบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ ($M = 21.13$ ปี, $SD = 2.97$, $Min = 18$, $Max = 26$)		
18 – 24 ปี	24	80.00
25 ปีขึ้นไป	6	20.00
ระดับชั้นปี		
ปี 1	27	90.00
ปี 2	3	10.00
คณะที่ศึกษา		
พยาบาลศาสตร์	28	93.33
คณะเทคโนโลยีและอุตสาหกรรม	2	6.67

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงจำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.67) รองลงมาเป็นเพศชาย 7 คน (ร้อยละ 23.33) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 18 – 24 ปี (ร้อยละ 80) และกำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 90) ส่วนใหญ่เรียนอยู่ในคณะพยาบาลศาสตร์ (ร้อยละ 93.33) และคณะเทคโนโลยีและอุตสาหกรรม (ร้อยละ 6.67)

2. เปรียบเทียบระดับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ก่อน หลัง และติดตามผล 1 สัปดาห์ ในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมกรอบความคิดแบบเติบโต

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำ ของคะแนนความเครียด ใน 3 ช่วงเวลา ($n = 30$)

ระยะเวลาการวัด	Mdn	SD	M Rank	IQR	Friedman Test	p-value
ก่อนทดลอง (Pre-test)	30.23	7.18	2.58	30(25-35)	$\chi^2(2) = 20.157$	<.001
หลังทดลอง (Post-test)	24.53	6.74	1.97	25(20-29)		
ติดตามผล 1 สัปดาห์(Follow-up)	20.97	7.53	1.45	21(16-25)		

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Friedman Test พบว่ามีความแตกต่างของคะแนนความเครียด ทั้งสามช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 20.157$, $df = 2$, $p\text{-value} < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลปานกลาง ถึงมาก (Kendall's $W = 0.34$) คะแนนมัธยฐานลดลงจาก Pre-test ($Median = 30.0$, $IQR = 25.00 - 35.00$) ไปยัง Post-test ($Median = 25.0$, $IQR = 20.0 - 29.0$) และ Follow-up ($Median = 21.0$, $IQR = 16.0 - 25.0$) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนความเครียด ใน 3 ช่วงเวลา

ตาราง 4 การเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนความเครียด ในการวัดก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผล 1 สัปดาห์ ด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test และ Effect Size ($n = 30$)

เวลาในการวัด	Mdn1, (IQR1)	Mdn2, (IQR2)	Z	p-value	r	ขนาดอิทธิพล
ก่อน- หลังทดลอง	30.00 (10.00)	24.50 (9.00)	-2.667	.008	.49	ปานกลาง
ก่อนทดลอง - ติดตาม	30.00 (10.00)	21.00 (9.00)	-3.949	<.001	.72	ใหญ่มาก
หลังทดลอง- ติดตาม	24.50 (9.00)	21.00 (9.00)	-2.119	.034	.39	ปานกลาง

หมายเหตุ: Mdn = ค่ามัธยฐาน (Median); IQR = พิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range); Z = ค่าสถิติทดสอบจาก Wilcoxon Signed-Rank Test; r = ขนาดอิทธิพล (Effect Size) คำนวณจากสูตร $r = Z/\sqrt{N}$; Mdn1 = ค่ามัธยฐานของช่วงเวลาแรก; Mdn2 = ค่ามัธยฐานของช่วงเวลาที่สอง; IQR1 = พิสัยระหว่างควอไทล์ของช่วงเวลาแรก; IQR2 = พิสัยระหว่างควอไทล์ของช่วงเวลาที่สอง เกณฑ์การแปลผลขนาดอิทธิพล (Cohen, 1988): $r = .10-.29$ (เล็ก), $.30-.49$ (ปานกลาง), $\geq .50$ (ใหญ่)

จากตาราง 4 ผลการทดสอบ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่าคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลาการเปรียบเทียบ ได้แก่ ก่อน-หลังทดลอง ($Z = -2.667, p\text{-value} = .008, r = .49$) มีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ก่อนทดลอง-ติดตามผล ($Z = -3.949, p\text{-value} < .001, r = .72$) มีขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ และ หลังทดลอง-ติดตามผล ($Z = -2.119, p\text{-value} = .034, r = .39$) มีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen, 1988) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมกรอบแนวคิดแบบเติบโตมีประสิทธิภาพในการลดความเครียดของนักศึกษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยผลการทดลองคงทนต่อเนื่องแม้หลังสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 1 สัปดาห์

อภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์ระดับความเครียดของนักศึกษาก่อน หลัง และติดตามผล 1 สัปดาห์หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมกรอบความคิดแบบเติบโต พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง แต่ลดลงมาอยู่ในระดับปานกลางหลังสิ้นสุดโปรแกรมและเมื่อติดตามผลผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำด้วยสถิติ Friedman Test พบความแตกต่างระหว่างสามช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมช่วยปรับกรอบการรับรู้และทัศนคติในการเผชิญปัญหาให้มองอุปสรรคเป็นโอกาสในการเรียนรู้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Dweck (2006) และ Lazarus และ Folkman (1984) ที่ชี้ว่าการประเมินสถานการณ์เชิงบวกและความเชื่อว่าจะสามารถพัฒนาได้ช่วยลดความเครียด โปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพทันทีที่เห็นผลการลดความเครียดชัดเจน และมีผลในการลดที่ต่อเนื่อง นักศึกษาสามารถนำไปปฏิบัติและใช้ได้จริง ตรงกับบริบทและความต้องการในการปรับเปลี่ยนและพัฒนา ปรับมุมมองต่อความเครียดที่เกิดขึ้น ตั้งเป้าหมายการเรียนรู้ และการสะท้อนคิด ดังนั้น โปรแกรมเชื่อได้ว่ามีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์และสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชรและสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยะวัฒน์ พลจันทร์ (2564) พบว่า ความแตกต่างของคะแนนความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วม โปรแกรมสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจโดยใช้วิธีการกรอบความคิดแบบเติบโต พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ Tao, Zhao, Yue, Horton, Tian, Xu, et al. (2022) ศึกษาในประเทศจีนพบว่าผู้เรียนระดับอุดมศึกษาที่มีกรอบความคิดแบบเติบโต มีระดับปัญหาสุขภาพจิตรวมถึงความเครียดต่ำกว่าผู้เรียนที่มีกรอบแนวคิดแบบยึดติด และ Zarinabadi, Rezazadeh, Karimi, Lou (2021) ศึกษากลุ่มผู้เรียนภาษาระดับกลางชาวอิหร่าน พบว่า กรอบความคิดแบบเติบโตสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับอารมณ์เชิงบวก ได้แก่ ความสุข และสัมพันธ์ในทิศทางลบกับอารมณ์เชิงลบ ได้แก่ ความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Schleider และ Weisz (2016a) ที่ศึกษากับผู้เรียนอายุ 12 - 15 ปี ที่อยู่ในประเทศแถบยุโรป พบว่า การได้รับการฝึกกรอบความคิดแบบเติบโตทำให้ผู้เรียนมีการฟื้นตัวจากปัญหาสุขภาพจิตได้เร็วขึ้น ในทางกลับกัน กรอบแนวคิดแบบยึดติดส่งผลทางบวกต่อปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งผู้วิจัยอธิบายได้ว่าโปรแกรมที่จัดขึ้นในกิจกรรมครั้งที่ 3 เป็นการสร้างพลังในตัวเอง ยืดหยุ่นและก้าวข้ามความท้าทายมีวัตถุประสงค์เพื่อให้นักศึกษาเข้าใจและพัฒนาความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Resilience) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ตระหนักถึงจุดแข็งของตนเอง และฝึกเทคนิคจัดการความเครียดที่เหมาะสม กิจกรรมหลักที่ช่วยเชื่อมโยงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ growth mindset จากกิจกรรมครั้งก่อน ๆ เข้ากับการปฏิบัติจริงในการจัดการความเครียด โดยเน้นให้นักศึกษาตระหนักว่าความสามารถในการจัดการความเครียดเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้ และให้พวกเขาได้ฝึกฝนทักษะเหล่านี้ผ่านกิจกรรมกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อน ซึ่งเป็นการสร้างรากฐานสำคัญที่จะช่วยให้ผลการลดความเครียดคงทนต่อเนื่องในระยะยาวตามที่พบในผลการวิจัย และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปฐมาศ โชติบัณฑิต และกิตติพร เนาว์สุวรรณ (2563) พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความสุขมากกว่าคนทั่วไปหลังการใช้เทคนิคผ่อนคลายความเครียดในการเรียน นอกจากนี้โปรแกรมยังสามารถเชื่อมโยงกับการสร้างกรอบความคิดแบบเติบโตเพื่อรับมือกับความท้าทายในชีวิตได้ ดังนั้น ระดับความเครียดหลังเข้าโปรแกรมและติดตามผล 1 สัปดาห์จึงมีระดับความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบรายคู่ด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test ยืนยันว่า ระดับความเครียดหลังทดลอง และติดตาม 1 สัปดาห์ ต่ำกว่าระดับความเครียดก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ < .001 ตามลำดับ ทั้งยังพบว่าคะแนนในการติดตามผลลดลงจากหลังทดลอง โดยมีขนาดอิทธิพลตั้งแต่ปานกลางจนถึงสูงมาก ($r = 0.39 - 0.72$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพเชิงปฏิบัติจริง ไม่เพียงแต่นัยสำคัญเชิงสถิติเท่านั้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับทฤษฎีกรอบความคิดแบบเติบโต (Growth Mindset Theory) ของ Dweck (2006) ที่ระบุว่าบุคคลที่เชื่อว่าความสามารถสามารถพัฒนาได้ผ่านความพยายามและการเรียนรู้ จะมีความยืดหยุ่นในการรับมือกับอุปสรรค มองความท้าทายเป็นโอกาสในการเติบโต และไม่มองความล้มเหลวเป็นสิ่งถาวร ดังนั้น เมื่อนักศึกษาพัฒนากรอบความคิดแบบเติบโต พวกเขาจะสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการตีความสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการมองว่าเป็นภัยคุกคามที่เอาชนะไม่ได้ กลายเป็นโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา ส่งผลให้ระดับความเครียดลดลงอย่างเป็นรูปธรรม ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Yeager, Bryan, Gross, Murray, Krettek Cobb, Santos, et al. (2022) ที่พบว่าการพัฒนา Growth Mindset และ Stress-is-enhancing Mindset มีผลลดระดับความเครียดในวัยรุ่น Meyer, Stutts (2024) ที่รายงานว่า Growth Mindset Intervention ช่วยลดความเครียดและเพิ่มแรงจูงใจทางวิชาการในนักศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ นุชนภา วรณวุฒิ (2564) พบว่าคะแนนการฟื้นคืนได้ทางจิตวิทยาของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับแนวคิดการเติบโต ช่วยเพิ่มการฟื้นคืนได้ทางจิตวิทยาของนักศึกษามหาวิทยาลัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับปฐมพร โพธิ์ถาวร และ สาวิตรี วงศ์ประดิษฐ์ (2560) พบว่า การปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความเครียดในการสอบในรายวิชาทฤษฎี รายวิชาปฏิบัติตลอดจนการสอบประมวลความรู้ ก่อนสำเร็จการ ศึกษาของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการฟื้นคืนได้ทางจิตวิทยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้อง จารุศรี จิรวิสสุกุล และศรัณย์ พิมพ์ทอง (2566) พบว่าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน พนักงานองค์การพัฒนาเอกชนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างกรอบความคิดแบบเติบโตมีกรอบความคิดแบบ เติบโตสูงกว่าพนักงาน องค์การพัฒนาเอกชนที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ และพนักงานองค์การพัฒนาเอกชนที่ได้รับโปรแกรมฯ ในระยะหลัง การทดลองมีกรอบความคิดแบบเติบโตสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความคงที่ในระยะ ติดตามผล 1 เดือน ทั้งนี้ เชื่อได้ว่าผู้วิจัยได้มีการสะท้อนคิดจากผู้เข้าร่วมวิจัยว่า “ได้ทำกิจกรรมที่ให้นักถึงสถานการณ์ที่เครียด แล้วลองหาวิธีรับมือใหม่ ๆ แทนการหนีปัญหา ตอนแรกรู้สึกกังวล แต่เมื่อได้ลองเขียนสะท้อนคิดออกมา ทำให้เห็นว่าความเครียดส่วนใหญ่เกิดจากความคิดที่เรามองตัวเองไม่เก่งพอ สิ่งที่เราเรียนรู้คือ ถ้าเปลี่ยนมุมมอง ความผิดพลาดคือโอกาสในการพัฒนา รู้สึกเบาขึ้น และมั่นใจขึ้นว่าตัวเองสามารถก้าวผ่านอุปสรรคได้” สอดคล้องกับแนวคิด Growth Mindset ของ Dweck (2006) ที่เชื่อว่าบุคคลที่เชื่อว่าความสามารถพัฒนาได้จะมีความยืดหยุ่นในการรับมือกับอุปสรรค มองปัญหาเป็นโอกาสในการเรียนรู้ และไม่มองความล้มเหลวเป็นสิ่งถาวร และสอดคล้องงานวิจัยของ ภาวดี เหมทานนท์, เบญจวรรณ ละหุการ, อุษา จันทร์แย้ม, นิศารัตน์ นรสิงห์, นิสากร จันทวี, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช และคณะ(2562) การพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มบูรณาการเพื่อเสริมสร้างกลวิธีการเผชิญปัญหาสำหรับนักศึกษาพยาบาลรับใหม่ พบว่ากิจกรรมมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ได้จริง ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในตนเองที่จะเปิดเผยปัญหาของตนเอง และ นักศึกษามีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ดังนั้น กรอบความคิดแบบเติบโตเป็นพฤติกรรมความเชื่อที่ว่าด้วยความฉลาดสติปัญญา สามารถสร้างขึ้นได้ หรือปรับเปลี่ยนได้ด้วยการเรียนรู้และมาจากความพยายาม โดยบุคคลที่มีกรอบความเชื่อนี้จะมีความวิริยะพากเพียรในการเรียนรู้ความผิดพลาด มีความท้าทายมีแรงปรารถนาที่จะแสวงหาความรู้ที่ตนเองต้องการ โดยปราศจากการให้คุณค่าที่มาจากคำติชมในด้านลบของสังคม ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้งของโปรแกรม สามารถช่วยให้นักศึกษาที่เข้าร่วมวิจัย มีการปรับความคิดในการขยายมุมมอง สร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษา สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมกรอบแนวคิดแบบเติบโต สามารถลดความเครียดให้นักศึกษา ระดับปริญญาตรีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งหลังทดลองและการติดตามผล ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของ

โปรแกรมที่มีความเหมาะสมกับบริบท และเวลาในการจัดกิจกรรม ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาสามารถเกิดความยั่งยืนในการพัฒนาทักษะ กระบวนการคิดแบบเติบโตให้เท่าทันกับสถานการณ์ในปัจจุบันต่อไป

การนำผลวิจัยไปใช้

1. การบูรณาการในหลักสูตรและกิจกรรมพัฒนานักศึกษา ควรบูรณาการโปรแกรมส่งเสริมกรอบความคิดแบบเติบโตไว้ในกิจกรรมปฐมนิเทศหรือวิชาการศึกษาทั่วไป สำหรับนักศึกษาปีที่1 เพื่อเสริมสร้างทักษะการจัดการความเครียดและปรับตัวเข้าสู่ชีวิตมหาวิทยาลัย ทั้งนี้ ใช้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมพัฒนานักศึกษา สำหรับชั้นปีที่ 2-3 โดยมีอาจารย์ผู้สอนรายวิชาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช หรืออาจารย์ที่ปรึกษานักศึกษา หรือทีมสโมสรแกนนำนักศึกษาเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม
2. การสนับสนุนนโยบายและโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพจิต ผู้บริหารควรสนับสนุนงบประมาณและนโยบายด้านสุขภาพจิตนักศึกษาอย่างเป็นระบบ โดยการจัดตั้งศูนย์สุขภาพจิตในมหาวิทยาลัยพร้อมจัดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อคัดกรอง ดูแล และให้คำปรึกษาเชิงลึกแก่นักศึกษาที่มีภาวะเครียดสูง
3. การพัฒนาสื่อและนวัตกรรมเพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง อาจารย์ผู้สอนรายวิชาที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพจิต ควรพัฒนาสื่อดิจิทัลหรือระบบออนไลน์ เช่น แอปพลิเคชันการเรียนรู้เรื่อง Growth Mindset และการจัดการความเครียด เพื่อให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงการเรียนรู้และฝึกฝน ทักษะด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยโดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและออกแบบการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม (Control Group) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมกรอบความคิดแบบเติบโตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งในนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาคณะอื่น ๆ เพื่อศึกษาความแตกต่างของระดับความเครียด ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และแรงจูงใจภายในระหว่างผู้ที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งจะช่วยให้มีความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของผลการวิจัยมากยิ่งขึ้น
2. ขยายขอบเขตการศึกษาและประเมินผลระยะยาว ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายด้านเพศ คณะ และชั้นปี เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลในกลุ่มย่อย พร้อมทั้งขยายระยะเวลาในการติดตามผลให้ยาวนาน ขึ้น เช่น การติดตามผล 1 เดือน หรือ 3 เดือน เพื่อประเมินความคงทนและผลลัพธ์ของโปรแกรมในระยะยาว โดยการศึกษาระยะยาวว่าด้วยประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมกรอบความคิดแบบเติบโตต่อการลดภาวะเครียดและความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในนักศึกษามหาวิทยาลัย
3. พัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมแบบออนไลน์ ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัด กิจกรรมแบบออนไลน์ (Online) หรือผสมผสาน (Hybrid) ของโปรแกรม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความยืดหยุ่นในการเข้าร่วมโปรแกรมของนักศึกษาในวงกว้าง และเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดกิจกรรมทางไกล

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2567). *ระบบรายงานสุขภาพจิต (Mental Health Check In Dashboard)*. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2568 จาก https://checkin.dmh.go.th/dashboards/dash_university
- กรมสุขภาพจิต. (2567). *รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตของประชากรวัยเรียนและวัยทำงานในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- จารุศรี จีรวิสิฐกุล และศรัณย์ พิมพ์ทอง. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างกรอบความคิดแบบเติบโตของพนักงานองค์กรพัฒนาเอกชนในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 15(2), 17-34.
- ธนดี สุริยะจันทร์หอม. (2561). *การพัฒนาแบบการเสริมสร้างกรอบความคิดแบบเติบโตสำหรับนักศึกษาหลักสูตรวิชาชีพครู*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

- ณทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์. (2553). แบบวัดความรู้สึกเครียด 10 ข้อ ฉบับภาษาไทย: การตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาการวัด. *วารสาร Bio Psycho Social Medicine*, 4(1), 6.
- นุชนภา วรณวุฒิ. (2564). ผลของโปรแกรมการปรึกษาร่วมกับแนวคิดการเติบโตที่ส่งผลต่อการฟื้นคืนได้ทางจิตวิทยาของนักศึกษามหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- ปฐมมาศ โชติบัณฑิต และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2563). ผลของการจัดการเรียนโดยใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อเพิ่มความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา. *วารสารสารคาม*, 11(2), 47-59.
- ปฐมพร โพธิ์ถาวร และ สาวิตรี วงศ์ประดิษฐ์. (2560). ประสิทธิภาพการปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจ เพื่อลดความเครียดในการสอบวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 171-179.
- ปิยะวัฒน์ พลจันทิก. (2564). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจโดยใช้แนวคิดกรอบความคิดแบบเติบโตที่มีต่อความเครียดของนักศึกษาปริญญาตรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา.
- ภาวดี เหมทานนท์, เบญจวรรณ ละหุการ, อุษา จันทร์แย้ม, นิศารัตน์ นรสิงห์, นิสากร จันทวี, เบญจวรรณ ธนอมขยธวัช และคณะ. (2562). การพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มบูรณาการเพื่อเสริมสร้างกลวิธีการเผชิญปัญหาสำหรับนักศึกษาพยาบาลรับใหม่. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6 (ฉบับพิเศษ), 106-115.
- มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร. (2568). รายงานสถิติประจำปี 2568. กองพัฒนานักศึกษา .
- สุนันทา ศรีสวัสดิ์. (2564). ความเครียดและภาวะหมดไฟทางการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัย. *วารสารจิตวิทยาการศึกษา*, 12(1), 45-58.
- สุภาพร จันทร์เจริญ. (2565). ความแตกต่างของลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏกับมหาวิทยาลัยอื่น. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(1), 23-34.
- Chu, T., Liu, X., Takayanagi, S., Matsushita, T., & Kishimoto, H. (2022). Association between mental health and academic performance among university undergraduates: The interacting role of lifestyle behaviors. *Frontiers in Public Health*, 10, 9976597. doi:10.3389/fpubh.2022.9976597
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2Nd Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. doi.org/10.2307/2136404
- Department of Mental Health. (2022). *Report on Mental Health Situation of Thai People*. Nonthaburi, Thailand: Ministry of Public Health.
- Dweck, C. S. (2006). *Mindset: The New Psychology of Success*. New York, NY: Random House.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. doi.org/10.3758/BF03193146
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). Sage Publications.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lotrakul, M., & Sukanich, P. (2015). *Psychiatry* (4th ed.). Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

- Meyer, H. H., & Stutts, L. A. (2024). The effect of mindset interventions on stress and academic motivation in college students. *Innovative Higher Education*, 49(4), 783–798.
doi:10.1007/s10755-024-09706-8
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Schleider, J., & Weisz, J. (2016). Mental health and implicit theories of thoughts, feelings, and behavior in early adolescents: Are girls at greater risk?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 35(2), 130-151.
- Shapiro, S. S., & Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, 52(3–4), 591–611.
- Tao, W., Zhao, D., Yue, H., Horton, I., Tian, X., Xu, Z., et al. (2022). The influence of growth mindset on the mental health and life events of college students. *Frontiers in Psychology*, 13, 1-12.
- Thai PBS. (2024). สุขภาพจิตเยาวชนไทยเสี่ยงสูง เครียด-ซึมเศร้า-ฆ่าตัวตายพุ่ง. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2568 จาก <https://www.thaipbs.or.th/news/content/338472>
- Yeager, D. S., Bryan, C. J., Gross, J. J., Murray, J. S., Krettek Cobb, D., Santos, P. H. F., et al. (2022). A synergistic mindsets intervention protects adolescents from stress. *Nature*, 607, 512–520.
doi:10.1038/s41586-022-04934-3
- Zarinabadi, N., Rezazadeh, M., Karimi, M., & Lou, N. (2021). Why do growth mindsets make you feel better about learning and your selves? The mediating role of adaptability. *Innovation in Language Learning and Teaching*, 17(1), 1-16.

การพัฒนาารูปแบบการโค้ชชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา

Development of a Lifestyle-Coaching Model to Prevent Complication among Muslim Older Adults with Type 2 Diabetes in Yala Province

สุรีพร ศิริยะพันธุ์^{1*}, ประภาเพ็ญ สุวรรณ²
Sureeporn Siriyan^{1*}, Prapapen Suwan²
¹โรงพยาบาลยะลา, ²มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
¹Yala Hospital, ²Western University

(Received: June 27, 2025; Revised: November 5, 2025; Accepted: November 7, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประสิทธิผลของรูปแบบการโค้ชชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา ดำเนินการ 3 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาสถานการณ์ ใช้วิธีเชิงปริมาณจากโรคเบาหวานสูงอายุมุสลิม จำนวน 250 คน และวิธีเชิงคุณภาพ โดยการใช้สนทนากลุ่มผู้สูงอายุมุสลิม 35 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุมุสลิม โรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา จำนวน 15 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 10 คน และกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา 2) พัฒนารูปแบบและทดลองใช้รูปแบบตามแนวคิดการโค้ชชีวิต ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน 3) ศึกษาประสิทธิผลจากรูปแบบฯ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุมุสลิม จำนวน 35 คน โดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 อยู่ในระดับพอใช้ โดยพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ดีมากที่สุดคือ การรับประทานอาหาร (ร้อยละ 75.20) รองลงมาคือการรับประทานยา (ร้อยละ 40.40) ข้อมูลด้านคุณภาพ พบว่า รูปแบบการโค้ชชีวิตในผู้สูงอายุมุสลิมเป็นรูปแบบใหม่ ผู้ให้บริการโค้ชต้องมีทักษะการโค้ช และยังไม่พบศึกษาในจัดบริการโค้ชในของผู้สูงอายุมุสลิม

2. รูปแบบการโค้ชชีวิต (Lifestyle Coaching Model: LC Model) มุ่งเน้น 3 องค์ประกอบที่เรียกว่า HBC ได้แก่ H: Health Service (ระบบบริการสุขภาพ) B: Behavior Changer Coach (ผู้รับบริการโค้ชเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) C: Communication (แรงจูงใจ) ขับเคลื่อนทั้ง 3 องค์ประกอบอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตร

3. หลังใช้รูปแบบฯ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคเบาหวานชนิด 2 และสภาวะสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภาวะแทรกซ้อนของโรคลดลง และความพึงพอใจของผู้สูงอายุมุสลิมต่อกิจกรรมการโค้ชอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 94.20

ดังนั้นรูปแบบที่ใช้มีประสิทธิภาพในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และมีสุขภาวะที่ดีขึ้น รองรับการลดและป้องกันความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ควรขยายผลไปยังหน่วยส่งเสริมสุขภาพในแต่ละเขตสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุมุสลิม การโค้ชชีวิต โรคเบาหวานชนิด 2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

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

Abstract

This research and development study aimed to investigate the situation, develop a lifestyle-coaching model, and examine its effectiveness for preventing complications among older adults from Muslim communities with type 2 diabetes. Study was divided in three phases. First one was a situation analysis, including a quantitative study among 250 older adults with type 2 diabetes, as well as a qualitative study, using focus group discussions with 35 participants, including 15 older adults with type 2 diabetes, 10 caregivers, and 10 healthcare providers. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed using content analysis. The second phase consisted in the development of a lifestyle-coaching model, based on the concept of lifestyle coaching and validated by five experts. Third phase was dedicated to the model implementation and evaluation. The effectiveness of the model was tested using a one-group pretest–posttest quasi-experimental design with 35 older adults, determined through G*Power analysis. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test. The results showed as follows.

1. The self-care behavior of Thai older adults from Muslim cultural background with type 2 diabetes was at a moderate level. The highest-performing behavior was dietary management (75.20%), followed by medication adherence (40.40%). Qualitative data indicated that lifestyle coaching is a new approach that requires coaching skills, and no prior studies were found on providing coaching services for this population.

2. The developed lifestyle-coaching model emphasized three dynamic components (HBC) that interact continuously and dynamically to promote sustainable behavioral change including health service system (H), behavior changer coaching (B), and communication (C).

3. After implementation, participants showed significantly higher mean scores in self-care behaviors and overall health status compared to before the intervention ($p\text{-value} < .05$). The incidence of diabetes-related complications decreased, and satisfaction with the coaching activities was at the highest level.

This study suggest that the developed model is effective in improving health behaviors and enhancing well-being. It supports the Ministry of Public Health’s strategic plan for reducing and preventing the severity of non-communicable diseases. Therefore model can be expanded to health promotion units across all health regions.

Keywords: Older Adults Thai Muslim, Lifestyle-coaching, Type 2 Diabetes, Diabetes Complication Prevention, Health Behavior Modification

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่รุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง จากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) รายงานว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 108 ล้านคนในปี ค.ศ. 1980 เป็น 422 ล้านคนในปี ค.ศ. 2014 และในช่วงปี ค.ศ. 2000 – 2019 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 3 ต่อปี ทั้งนี้ ในปี ค.ศ. 2019 มีประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคเบาหวานและโรคร่วมประมาณ 2 ล้านคน อีกทั้งคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2040

(2/16)

ขณะที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกถึงร้อยละ 74 (กรมควบคุมโรค, 2562) สำหรับประเทศไทย มากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมดมีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงโรคเบาหวาน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas 2025 ฉบับที่ 11 ของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ระบุว่า ปี 2024 ประเทศไทยมีผู้ใหญ่ (อายุ 20 – 79 ปี) เป็นโรคเบาหวานประมาณ 6,360,800 คน (10.20% ของผู้ใหญ่ทั้งหมด) สะท้อนให้เห็นถึงภาระทางสุขภาพที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบมากที่สุด มีสาเหตุจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) ร่วมกับการผลิตอินซูลินที่ไม่เพียงพอ (Relative Insulin Deficiency) มักเกิดในผู้ที่มีอายุ 30 ปี ขึ้นไป โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (ดัชนีมวลกาย > 23 กก./ตร.ม. สำหรับคนเอเชีย) ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย หรือมีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของ พื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะทางศาสนา วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของประชากรมุสลิม พบว่าผู้สูงอายุมีรูปแบบการดูแลตนเองที่ผสมผสานระหว่างหลักศาสนาอิสลามกับความเชื่อส่วนบุคคล ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ จำเป็นต้องคำนึงถึงมิติทางวัฒนธรรมและศาสนา เพื่อให้เกิดการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

แนวทางสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน คือ แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ซึ่งมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิตใน 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และการสร้างสัมพันธ์ทางสังคม (James, 2019) การประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในทางปฏิบัติมักใช้ กระบวนการโค้ช (Lifestyle Coaching) เพื่อกระตุ้นให้บุคคลค้นหาศักยภาพของตน ตั้งเป้าหมาย และสร้างแรงจูงใจภายในในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เกรียงศักดิ์ นิรัตพัฒนาชัย, 2566; James, 2019) ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้กระบวนการโค้ชวิถีชีวิตตามแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต จึงเป็นแนวทางที่มีความสำคัญและเหมาะสมต่อบริบททางวัฒนธรรมของพื้นที่ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน และลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในระยะยาว

ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2567) ซึ่งในบริบทจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีประชากรมุสลิมเป็นส่วนใหญ่ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับหลักศาสนาอิสลาม ความศรัทธา และการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การถือศีลอดและการรับประทานอาหารตามหลักศาสนา ซึ่งอาจมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการจัดการโรคเบาหวาน ดังนั้น ผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีรูปแบบการดูแลตนเอง ผสมผสานตามความเชื่อและศรัทธาเฉพาะตน การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด 2 ในพื้นที่จังหวัดยะลา จึงควรมีรูปแบบการโค้ชวิถีชีวิต ทั้งในระดับรายบุคคลและรายกลุ่ม เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยอาศัยแรงจูงใจภายในและการเสริมจุดแข็ง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดพลังในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาได้ดำเนินการในบริบททั่วไปของสังคมไทย โดยยังไม่ครอบคลุมถึงผู้สูงอายุมุสลิมในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีความเชื่อ ศรัทธา และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น (สันต์ ใจยอดศิลป์, พิจิกา วัชรวิชาติ, 2566; ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2564; Huang, Chang, Chen, Yang, 2021; James, 2019) การศึกษาแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) และการโค้ชวิถีชีวิต (Lifestyle Coaching) มีใช้มากขึ้นในต่างประเทศ เมื่อศึกษาผลงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการโค้ชวิถีชีวิตในงานวิจัยประเทศไทย ยังไม่พบรูปแบบที่ใช้การโค้ชวิถีชีวิตในบริบทประเทศไทย รวมถึงบริบทเฉพาะของจังหวัดยะลา งานวิจัยส่วนใหญ่จะเป็นการจัดรูปแบบการให้ความรู้แบบผสมผสาน หรือการศึกษาในการจัดกิจกรรมสุขภาพ อันเป็นรูปแบบการเรียนรู้แบบเดิม ซึ่งศึกษาพบว่าไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน (Association for Coaching, 2003) การศึกษานี้จึงน่าจะเป็นต้นแบบของการโค้ชวิถีชีวิต สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุมุสลิม

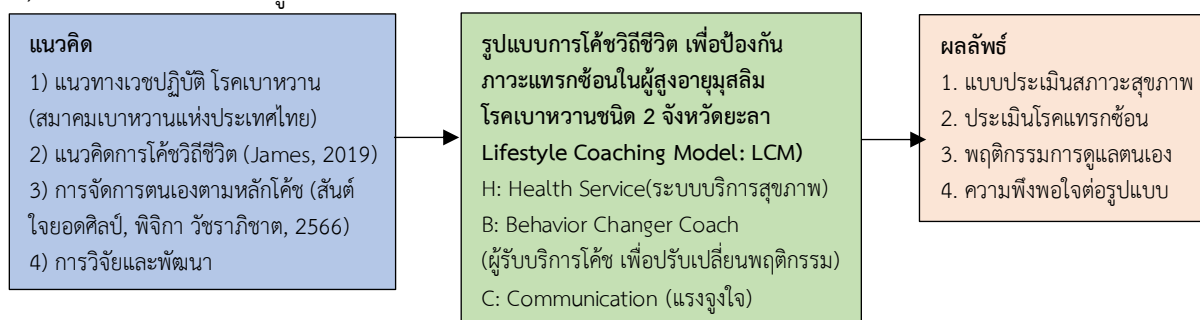
โรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา และพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด 2 มีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นแบบอย่างสำหรับการดูแลสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมุสลิมที่โรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการโค้ชวิถีชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการโค้ชวิถีชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิด ได้แก่ 1) แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2566 2) แนวคิดการโค้ชวิถีชีวิตตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (James, 2019) และ 3) การจัดการตนเองตามหลักโค้ช (สันต์ ใจยอดศิลป์, พิจิกา วัชรวิชาติ, 2566) โดยดำเนินการพัฒนาตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การวินิจฉัยสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการโค้ชวิถีชีวิต 2) การพัฒนารูปแบบ 3) ทดลองใช้และประเมินรูปแบบ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะดังนี้
ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมุสลิมที่โรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา การศึกษาสถานการณ์ระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2568 ใช้วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร วิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มดังนี้

วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) รายงานงานภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด 2 จากฐานข้อมูลเทศบาลเมืองสะเตงนอก ในปี 2564 - 2566 (เทศบาลเมืองสะเตงนอก, 2568)

วิธีเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือประชาชนที่อยู่ในจังหวัดยะลาเป็นโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2567) ซึ่งแยกตามอำเภอเป็น 8 อำเภอ ในจังหวัดยะลา จำนวน 18,371 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่อยู่ในจังหวัดยะลา เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นโรคเบาหวาน ชนิด 2 จังหวัดยะลา กำหนดขนาดขนาดตัวอย่างจากการหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการคลาดเคลื่อนที่ 0.04 ตามสูตร ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 250 คน การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มหลายขั้นตอน โดยสุ่มอำเภอได้อำเภอเมืองยะลา สุ่มตำบลได้ตำบลสะเตงนอกและสุ่มหมู่บ้าน จาก 13 หมู่บ้าน คัดเลือกมา 5 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านเบอร์แล้ง หมู่ที่ 5 บ้านบาโงบาแด หมู่ 6 บ้านพงบุโละ หมู่ 7 บ้านนิบงบารู หมู่ที่ 10 บ้านตือเบาะ และสุ่มหลังคาเรือน ทั้งหมด 50 หลังคาเรือนคือหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว และส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองโรคเบาหวาน จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 20 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 18 ข้อ ดังนี้ ตอนที่ 1 การดูแลตนเองด้านอาหาร จำนวน 13 ข้อ ตอนที่ 2 การดูแลตนเองด้านการใช้ยา จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 3 การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 4 การดูแลตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อคำตอบเป็นแบบให้เลือก 3 ระดับ เป็นคะแนนจาก 1 - 3 คะแนน หมายถึง 1 คือ ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย จนถึง 3 คือ การปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอทุกวัน แปลผลคะแนนโดยใช้ เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 3 ระดับ คือ 2.51 – 3.00 ระดับการดูแลตนเองดี (ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ) 1.51 – 2.50 ระดับการดูแลตนเองปานกลาง (ปฏิบัติบางครั้ง) และ 1.00 – 1.50 ระดับการดูแลตนเองน้อย (ไม่เคยปฏิบัติ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ NCDs 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67 - 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองสะเตงนอก เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย ชี้แจง ขั้นตอนตามระเบียบวิธีวิจัยตลอดจนการวางแผนการดำเนินงานเก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแก่ผู้ช่วยวิจัย แล้วจึงเก็บข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามให้กับผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำแบบสอบถามแล้วจึงเก็บกลับ นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลพบว่าได้รับแบบสอบถามคืนมาจำนวน 250 ชุด ผู้วิจัยใช้ผู้ช่วยวิจัย จำนวน 15 คน โดยผู้วิจัยอธิบายแบบสอบถามและขั้นตอนการเก็บข้อมูล แก่ผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งทดสอบการเก็บข้อมูลกับผู้วิจัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือไม่ออก หรือมีปัญหาเรื่อง การได้ยิน เมื่อส่งข้อมูลแก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยจะตรวจสอบข้อมูล และความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำไปบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โรคเบาหวาน โดยใช้ความถี่ และค่าร้อยละ

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา จำนวน 15 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 10 คน และกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน รวมจำนวน 35 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 ประเด็นการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ซึ่งแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) ความคิดเห็นต่อสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาการจัดบริการสุขภาพเพื่อ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ความคิดเห็นในการโค้ช ซึ่งเหมาะสม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) ความต้องการต่อการจัดรูปแบบเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สำเร็จแก่ผู้สูงอายุ

2. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดบันทึก สำหรับจดบันทึกข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คนประกอบด้วยได้แก่ อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ NCDs 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต 1 คน ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67 - 1.00 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขคำถามการสัมภาษณ์ให้มีความเข้าใจและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้นำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2568 โดยสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ 1) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา จำนวน 15 คน 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 10 คน 3) เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คนรวมทั้งหมดจำนวน 35 คน มีแนวคำถาม 3 ข้อได้แก่ ความคิดเห็น ปัญหาการดูแลตนเองและประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น และมีผู้จดบันทึก 1 คน (Note-taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.30 - 2.00 ชม. หากมีบางประเด็นที่น่าสนใจจะมีการสัมภาษณ์รายบุคคล เพื่อเจาะลึกประเด็นสำคัญเชิงลึก ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree, Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify) การเก็บข้อมูลดำเนินไปจนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการโค้ชวิถีชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุ muslim โรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา พัฒนารูปแบบระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2568 มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการโค้ชวิถีชีวิต เวชศาสตร์วิถีชีวิต ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด 2 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการสืบค้นด้วยตนเอง ตามกรอบแนวคิด PICO ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา จากฐานข้อมูลประเทศไทย คือ Thaijo, ThaiLIS, และ Google Scholar โดยใช้คำสืบค้น คือ โค้ชวิถีชีวิต เวชศาสตร์วิถีชีวิต ในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิด 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากฐานข้อมูลต่างประเทศคือ PubMed, The Coherence Library, Scopus คำสืบค้น Lifestyle Coach, Muslim, Elderly, Type 2 Diabetes Mellitus, Behavior Change จำนวน 32 เรื่อง เป็นผลงานในประเทศ 8 เรื่อง และผลงานในต่างประเทศ 24 เรื่อง

2. ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบฯ

3. นำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ซึ่งประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ NCDs 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต 1 คน มีข้อเสนอแนะในประเด็น รูปแบบต้องมีประเด็นการประเมินปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการโค้ช (Coachee) ว่าผู้รับบริการโค้ชมีแรงจูงใจและความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง และควรพิจารณาบริบทความเชื่อ วัฒนธรรม เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการโค้ช ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาเพิ่มในปัจจัยที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับผู้ให้บริการโค้ชต้องวิเคราะห์ คือ ประเด็นบริบทส่วนบุคคล และการประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

4. นำรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์มาหาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ผลการประเมินพบว่า รูปแบบที่ยกขึ้นมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ร้อยละ 100

5. นำรูปแบบการโค้ชชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการโค้ชชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา เป็นการใช่วิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ยังไม่เกิดโรคแทรกซ้อน ตำบลสะเตงนอก จำนวน 2,200 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60 – 70 ปี 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิด 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ยังไม่เกิดโรคแทรกซ้อน จากโรคเบาหวาน 3) ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่จังหวัดยะลา และ 4) ผู้สูงอายุที่มีการสื่อสาร/ การรับฟังที่ดี และยินดีเข้าร่วมในการปรับพฤติกรรม ในการดูแลตนเองโรคเบาหวานชนิด 2 เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้สูงอายุเกิดอาการกำเริบของโรคส่วนอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง จนไม่สามารถที่จะเข้าร่วมการวิจัยได้

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ยังไม่เกิดโรคแทรกซ้อน จำนวน 35 คน การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size Calculation) โดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences Between Two Dependent Means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.9 ได้กลุ่มตัวอย่าง 36 คน (Cohen, 1977) กลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลอง 1 ราย คงเหลือ 35 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการโค้ชชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา ใช้ Lifestyle Changing Model ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างจากขั้นตอนที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคเบาหวานสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดัดแปลงจากการศึกษาของ นุชชญาร คณาภรณ์พิทย (2561) เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพสะ อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 20 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 18 ข้อ ดังนี้ ตอนที่ 1 การดูแลตนเองด้านอาหาร จำนวน 13 ข้อ ตอนที่ 2 การดูแลตนเองด้านการใช้ยา จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 3 การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 4 การดูแลตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลจำนวน 11 ข้อคำตอบเป็นแบบให้เลือก 3 ระดับ เป็นคะแนนจาก 1 - 3 คะแนน หมายถึง 1 คือ ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย จนถึง 3 คือ การปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอทุกวัน

2.2 แบบประเมินสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ความยาวเส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (DTX)

2.3 แบบประเมินประวัติจากการเกิดอาการผิดปกติที่เตือนของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการศึกษาของ ณัฐภัสสร เดิมขุนทด, สว่างจิต สุรอมรกุล, รัชนิวรรณ ชวัญเจริญ, ชาญวัฒน์ ขวอนตันติมงคล (2022) เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิด 2 ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาโดยใช้เครื่องมือชุดนี้เพื่อรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังทดลอง คำถามมีทั้งหมด 15 ข้อคำถาม ข้อคำตอบเป็นแบบให้เลือก 2 ระดับ คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่”

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อกิจกรรมการโค้ชชีวิต ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการแบบสอบถามความพึงพอใจของการพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาพดี วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่นับถือศาสนาอิสลาม (สุนันทา กาญจนพงศ์, 2566) จำนวน 5 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ จาก 1 หมายถึงความพึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึงความพึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ NCDs 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต 1 ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน โดยไม่ซ้อนทับกับกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบประเมินพฤติกรรมเท่ากับ .84 และแบบสอบถามความพึงพอใจ เท่ากับ .87 ส่วนแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนได้ค่า KR-20 เท่ากับ .78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา และมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะรูปแบบการโค้ชวิถีชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลาวิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินสภาวะสุขภาพ และแบบประเมินภาวะแทรกซ้อน (Pretest)

ขั้นทดลอง (ระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2568)

ตาราง 1 ขั้นตอนและกิจกรรมของโปรแกรมการโค้ชวิถีชีวิตเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ประเมินผล
กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1-2) การโค้ชรายกลุ่ม 1. สร้างความตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2. สร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม	1. อธิบายความรู้เรื่อง เวชศาสตร์วิถีชีวิต 2. แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มเขียนแรงจูงใจเป้าหมายพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยน 3. แต่ละกลุ่มสรุปกิจกรรม และนำเสนอกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 5 นาที (20 นาที)	- ความรู้ความเข้าใจเรื่องเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ประเมินจากความรู้อยู่ - ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
กิจกรรมที่ 2: (สัปดาห์ที่ 3) การโค้ชรายเดี่ยว 1. ออกแบบการสนทนา ความถี่ และช่วงเวลาให้บริการ ให้เหมาะสมตามบริบทของผู้สูงอายุ 2. ประเมินจุดแข็ง และตัวตนของผู้สูงอายุ เป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย	1. กำหนดข้อตกลงการโค้ช จำนวน 2 - 3 ครั้ง และรูปแบบคือ การพบปะส่วนตัว 2. กำหนดประเด็นที่ต้องการโค้ช 3. ระยะเวลาที่จะพบปะแต่ละครั้ง 4. การประเมิน ผู้รับบริการการโค้ช ได้แก่ จุดแข็งของผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ 5. ประเมินตัวตนของผู้สูงอายุ ได้แก่ (1) ความเชื่อ (Belief) (2) วัฒนธรรม (Culture) (3) คำสอนทางศาสนาเกี่ยวกับมิติสุขภาพ (Religion) 6. ตกลงร่วมกันถึงพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยนและกำหนดนัดหมายครั้งหน้า	- ได้รูปแบบการโค้ช อันเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้โค้ช และ ผู้รับการโค้ช - ทั้งเวลานัดหมาย และพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ประเมินผล
กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4-8) กิจกรรม: การติดตามพฤติกรรม การดูแลตนเอง ผ่านการสื่อสาร และติดตามทาง Application Line Group การสนทนาเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ตามหลักเวชศาสตร์วิถี ชีวิต	1. ทบทวนประเด็นการโค้ชครั้งที่แล้ว 2) ประเมินแรงจูงใจในครั้งนี้และผล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผ่านมา 3) สนทนาเพื่อปลูกแรงบันดาลใจ 4) วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบ SMART Goals ได้แก่ S – Specific (เฉพาะเจาะจง), M – Measurable (วัดได้), A – Achievable (ทำได้จริง), R – Relevant (สอดคล้อง), T – Time-bound (มีระยะเวลา) 5) นัดคุยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์/Line และการสนทนากลุ่ม	- ผู้สูงอายุ ตระหนักความสำคัญ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน จากโรคเบาหวานชนิด 2 - ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - ผู้สูงอายุวางแผน SMART Goal
กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 9) กิจกรรม: ประเมินผลกิจกรรม สรุปปัญหา/ การดำเนินงาน สรุปปัญหา และประเมินผลลัพธ์	- ประเมินการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบ SMART Goal พร้อมทั้งปัญหาและ อุปสรรค - ประเมินผลภาวะสุขภาพ และทำแบบประเมิน พฤติกรรมวิถีชีวิต	- ประเมินสภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรม - ประเมินตามแบบสอบถาม สิ้นสุดโปรแกรม

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินสภาวะสุขภาพ แบบประเมิน
ภาวะแทรกซ้อน (Post test) และแบบประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมการโค้ชวิถีชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2
ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Pair t-test ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติ (Shapiro-wilk, Sig = .245)
3. วิเคราะห์ความพึงพอใจและภาวะแทรกซ้อนโดยใช้ความถี่ร้อยละ

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
ลงวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เลขที่ WTU 2567-0106 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ลงวันที่ 2 กันยายน
พ.ศ. 2567 เลขที่ 34/2567

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการการโค้ชวิถีชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม โรคเบาหวานชนิด 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคเบาหวานของ
ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รายด้านและภาพรวม (n = 250)

พฤติกรรมดูแลตนเอง	พฤติกรรมการดูแลตนเอง n(ร้อยละ)			M	SD
	ปรับปรุง	พอใช้	ดี		
ด้านการรับประทานอาหาร	2(0.80)	188 (75.20)	60 (24.00)	2.24	0.42
ด้านการรับประทานยา	0	101(40.40)	149 (59.60)	2.59	.0.49
ด้านการออกกำลังกาย	10(4.00)	74 (29.60)	166 (66.40)	2.62	0.56
ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล	0	96 (38.40)	154(61.60)	2.27	.0.48
พฤติกรรมโดยรวม	0	138 (55.20)	112 (44.80)	2.55	.0.49

จากตาราง 2 พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 55.20) โดยด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับพอใช้มากที่สุด (ร้อยละ 75.20) ขณะที่ด้านการรับประทานยา มีผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ดี (ร้อยละ 59.60) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการใช้ยา อย่างถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ อย่างไรก็ตาม ด้านการรับประทานอาหารยังอยู่ในระดับพอใช้ จึงเป็นประเด็น สำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริม เนื่องจากเกี่ยวข้องโดยตรงกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และสะท้อนถึง พฤติกรรมการบริโภคที่ยังคงต้องปรับปรุงในกลุ่มผู้สูงอายุ

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า 1) ทักษะคติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ การปรับพฤติกรรมเป็น เรื่องยาก และขาดแรงจูงใจ 2) สิ่งสนับสนุนให้เกิดการปรับพฤติกรรมสุขภาพสำเร็จ สำหรับผู้สูงอายุ ควรมีการให้ ความสำคัญของทีมสนับสนุน เช่น ครอบครัว ผู้ดูแล เพื่อนของผู้สูงอายุ และควรมีการประเมินบริบทความเชื่อ ทักษะคติ คำสอนทางศาสนา ขณะที่บางรายยังอยู่ในบริบทสังคมที่มีการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น หวาน มัน เค็ม เป็นวัฒนธรรมอาหารประจำท้องถิ่น 3) รูปแบบที่ต้องการคือ การโค้ช ชี้แนะสุขภาพ มากกว่าตำหนิ หรือสอน เป็นการสื่อสารแบบให้กำลังใจ ยืดหยุ่น และเข้าใจบริบทของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนมีบริบทและข้อจำกัด ที่แตกต่างกัน ดังคำพูดที่ว่า

“การปรับพฤติกรรมและหันมาดูแลตนเองสำหรับตัวเองคิดว่ายากเพราะเราเคยชินกับสิ่งนี้” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“เราอยู่กับลูกชายและสะใภ้ เกรงใจลูกสะใภ้ เค้าเป็นคนทำอาหาร ทำให้ทุกคนกิน ก็เลยเกรงใจ จะให้เค้า ทำอาหารให้เรากิน มีอะไรกินก็กินได้” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

“จากประสบการณ์ที่ผ่านมา กิจกรรมที่ทำกับผู้สูงอายุหากมีครอบครัวสนับสนุน โอกาสสำเร็จสูง” ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 12

2. รูปแบบการโค้ชชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา



ภาพ 2 รูปแบบการโค้ชชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา

จากภาพรูปแบบการโค้ชชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัด ยะลา (Lifestyle Coaching Model: LC Model) มุ่งเน้น 3 องค์ประกอบที่เรียกว่า HBC ได้แก่ H: Health Service (ระบบบริการสุขภาพ) B: Behavior Changer Coach (ผู้รับบริการโค้ช เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) C: Communication (แรงจูงใจ) ขั้วเคลื่อนทั้ง 3 องค์ประกอบอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตร ดังนี้ 1) ระบบบริการสุขภาพ (Health Service) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 1.1 ทีมสุขภาพ (Health Team): บุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุข ควรมีบทบาท (1) เป็นต้นแบบที่ดี (Role Model) (2) เป็นผู้นำองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

(Health Knowledge) (3) ทักษะการโค้ช (Skill) 1.2 บริบทพื้นที่ (Social Context) ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่โค้ชต้องเรียนรู้จากผู้รับบริการโค้ชประกอบด้วย (1) ความเชื่อ (Belief) (2) วัฒนธรรม (Culture) (3) คำสอนทางศาสนาเกี่ยวกับภูมิปัญญา (Religion) 2. ผู้รับบริการโค้ช เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Changer) ได้แก่ 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ดังนี้ (1) SMART Goals: การกำหนดเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง วัดผลได้ ปฏิบัติได้จริง และชัดเจน (2) Believe: ความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถทำได้ (3) Motivation: แรงจูงใจ เช่น ต้องการลดความอ้วนเพื่อสุขภาพของตนเอง เพื่อลูกและครอบครัว 2.2 Team Support ได้แก่ (1) Health Team (2) Partner (3) Family 3. การสื่อสารสร้างแรงจูงใจ (Communication) ประกอบด้วย 3.1 การสื่อสารระหว่างบุคคล (Face-to-face) และ 3.2 การใช้เทคโนโลยี (Application Line) ซึ่งการสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือ (1) การชี้แนะ (Coach) (2) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview) (3) ยืดหยุ่น (Flexibility) และ (4) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Smart Goal) ซึ่งกระบวนการทุกอย่างต้องขับเคลื่อนเป็นพลวัตร

4. ประสิทธิภาพของรูปแบบการโค้ชวิถีชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ muslim โรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและ สภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง						
การรับประทานอาหาร	2.43	0.50	2.77	0.42	-4.212	<.001
การรับประทานยา	2.51	0.50	2.74	0.44	-2.758	.009
การออกกำลังกาย	2.60	0.55	2.83	0.38	-3.174	.003
สุขวิทยาส่วนบุคคล	2.54	0.50	2.86	0.35	-3.948	<.001
สภาวะสุขภาพ						
ดัชนีมวลกาย	24.2	3.10	22.60	2.24	3.16	<.001
เส้นรอบเอว	89.2	6.50	76.00	6.60	11.04	<.001
ระดับความดันโลหิต	131/85	12.2/8.1	126/85	9.60/3.10	2.49	.006
ระดับน้ำตาลในเลือด	109.5	13.20	101	12.10	3.67	<.001

ตาราง 4 จำนวน อาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิด 2 ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
ชาปลายมือปลายเท้า	4	0
ปวดน่อง	1	0
ปัสสาวะเป็นฟองผิดปกติ	1	1
ชาขาม	1	0

ตาราง 5 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ muslim ต่อกิจกรรมการโค้ชวิถีชีวิต หลังการใช้รูปแบบ

กิจกรรม	ความพึงพอใจ จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษา	24(68.57)	10(28.57)	1(2.86)	0.00	0.00
2. สัมพันธภาพของผู้ให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	16(45.72)	19(54.28)	0.00	0.00	0.00
3. ความรู้ความสามารถของผู้ให้ปรึกษา	15(42.86)	20(57.14)	0.00	0.00	0.00

กิจกรรม	ความพึงพอใจ จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
4. การสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ	19(54.28)	11(31.43)	5(14.29)	0.00	0.00
5. การติดตามและให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	20(57.15)	13(37.14)	2(5.71)	0.00	0.00
6. ผู้รับคำปรึกษามีส่วนร่วมพูดคุยแสดงความคิดเห็น	23(65.72)	10(28.57)	2(5.71)	0.00	0.00
7. ความรู้ และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน	26(74.29)	9(25.71)	0.00	0.00	0.00
8. ผู้ให้คำปรึกษาและการชี้แนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	26(74.29)	6(17.14)	3(8.57)	0.00	0.00
9. การจัดรูปแบบกิจกรรม และกิจกรรมการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	32(91.43)	1(2.86)	2(5.71)	0.00	0.00
10. ความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม	23(65.71)	12(34.29)	0.00	0.00	0.00
ความพึงพอใจภาพรวมต่อกิจกรรมให้คำปรึกษา	15(42.86)	18(51.43)	2(5.71)	0.00	0.00

จากตาราง 3 พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและคะแนนสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 3) โดยพบอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิด 2 ลดลง (ตาราง 4) และความพึงพอใจของผู้สูงอายุมุสลิมต่อกิจกรรมการโค้ชชีวิต หลังการใช้รูปแบบฯ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 94.20 ($M = 4.64$, $SD = 0.52$) (ตาราง 5)

อภิปรายผล

1. สถานการณ์ ปัญหา การโค้ชชีวิต พบว่า สถานการณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 55.20) โดยด้านการรับประทานอาหาร มีผู้ที่อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 75.20) รองลงมาคือ ด้านการรับประทานยา (ร้อยละ 40.40) และการออกกำลังกาย (ร้อยละ 9.60) ตามลำดับ และข้อมูลเชิงคุณภาพ แสดงให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ (1) ทักษะของผู้สูงอายุในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (2) ความจำเป็นที่ต้องมีทีมสนับสนุนเพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และ (3) ความต้องการรูปแบบการโค้ชสุขภาพที่เน้นการให้คำแนะนำและกำลังใจ มากกว่าการตำหนิหรือสั่งสอน ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุยังได้รับอิทธิพลจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ที่มีความหลากหลายทางศาสนาและความเชื่อ ดังการศึกษาของ สรินญา ปุติ (2561) ซึ่งเห็นว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น การรับรู้ความรุนแรง ความเสี่ยง และอุปสรรค ในการป้องกันโรค รวมทั้งปัจจัยทางศาสนา ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง และการไม่ออกกำลังกาย โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาเพียงพอ นอกจากนี้ บริบททางศาสนาอิสลามมีความเชื่อที่ส่งผลต่อรูปแบบกิจกรรมทางสุขภาพ เช่น การใช้เพลงประกอบการออกกำลังกายต้องอยู่ในขอบเขตที่ศาสนากำหนด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรพิจารณาในการพัฒนารูปแบบการโค้ชชีวิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานในบริบทพื้นที่เฉพาะ

2. รูปแบบการโค้ชชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา รูปแบบนี้เป็นโค้ชเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lifestyle Coaching Model: LC model) ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การโค้ชรายกลุ่ม 2) การโค้ชรายเดี่ยว และ 3) การโค้ชทางไกล โดยมุ่งเน้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามเป้าหมาย และช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังการศึกษาของ Ahmann, Saviet, Conboy, Smith, Lachini, DeMartin (2023) เรื่อง Health and Wellness Coaching and Sustained Gains: A Rapid Systematic Review ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า บทบาทของการโค้ชสุขภาพในการเสริมพลัง (Empowerment) และกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมมีความรับผิดชอบต่อนตนเอง ทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะสั้นสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน อันเป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว ดังนั้น การโค้ชชีวิตจึงมี

ความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เกิดความยั่งยืน นอกจากนี้พบว่า ปัจจุบัน มีระบบติดตามผู้ป่วยทางไกล (Remote Patient Monitoring) ที่นำใช้ในการเฝ้าสุขภาพมากขึ้น และอาจช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM) มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังการศึกษาของ จูไรต์น สกอลจิน (2568) เรื่องผลการรักษาแบบการแพทย์ทางไกลผ่านการวิดีโอคอลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานไทยมุสลิม อ.ย็อง จ.นราธิวาส ระหว่างกลุ่มที่รักษาแบบการแพทย์ทางไกล และกลุ่มที่รักษาด้วยการพบแพทย์ พบว่าหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มที่รักษาด้วยการพบแพทย์ ทั้งคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมและรายด้านมากกว่ากลุ่มที่รักษาแบบการแพทย์ทางไกล เช่นเดียวกับระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่รักษาด้วยการพบแพทย์น้อยกว่ากลุ่มที่รักษาแบบการแพทย์ทางไกล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001

ดังนั้น รูปแบบการโค่วิถีชีวิตที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พร้อมตรวจสุขภาพเบื้องต้น เช่น การประเมินภาวะแทรกซ้อน การตรวจวัดความดันโลหิต รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) กิจกรรมที่ 2 การโค้ชรายตัว เพื่อแนะนำการดูแลตนเอง และช่วยผู้สูงอายุตั้งเป้าหมายการดูแลตนเองตามหลัก SMART Goals ที่เป็นเป้าหมายส่วนบุคคลและปฏิบัติได้จริง โค้ชยังช่วยค้นหาจุดแข็งของผู้สูงอายุ และระบุตัวที่สนับสนุนการปรับเปลี่ยนได้สำเร็จ กิจกรรมที่ 3 การโค้ชทางไกล โดยติดตามพฤติกรรมผ่าน Application Line Group ซึ่งโค้ชจะทำหน้าที่ให้คำแนะนำให้กำลังใจ และเป็นแบบอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น ทำให้เกิดแรงบันดาลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อีกทั้ง Line Group ยังเป็นช่องทางให้ผู้สูงอายุสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลโรคเบาหวานได้อย่างต่อเนื่อง โดยภาพรวม กระบวนการโค้ชที่ออกแบบในรูปแบบนี้เป็นไปตามมาตรฐานช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จริงและยั่งยืน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นตามเป้าหมายการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จุดเด่นของ LCM คือ รูปแบบนี้ช่วยให้โค้ชสามารถดำเนินการโค้ชผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทั้งเรียนรู้และเข้าใจประเด็นต่าง ๆ ของวิถีชีวิต (Lifestyle) ที่สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง นอกจากนี้ มีระบบติดตามพฤติกรรมสุขภาพทางไกล เพื่อสังเกตพฤติกรรม ให้คำแนะนำเพิ่มเติม และส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การจัดตั้งกลุ่มไลน์สำหรับการสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่ได้อยู่เพียงลำพัง ช่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้จริงและยั่งยืน

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการโค่วิถีชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานชนิด 2 จังหวัดยะลา พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุมุสลิม โรคเบาหวานชนิด 2 เพิ่มขึ้น และคะแนนสถานะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิด 2 ลดลง และความพึงพอใจของผู้สูงอายุมุสลิมต่อกิจกรรมการโค่วิถีชีวิต หลังการใช้รูปแบบฯ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 94.20 ($M = 4.64, SD = 0.52$) การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมวิถีชีวิตในกลุ่มทดลองนี้ น่าจะเป็นผลมาจากกิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับวิถีชีวิต (Lifestyle) และสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง อีกทั้งยังมีระบบการติดตามพฤติกรรมสุขภาพทางไกล เพื่อสังเกตพฤติกรรมให้คำแนะนำเพิ่มเติม และสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การสร้างกลุ่มไลน์สำหรับการสื่อสารระหว่างคณะผู้วิจัยกับผู้สูงอายุเป็นช่องทางการสื่อสารที่สำคัญ

แม้ผลการวิจัยจะพบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองดีขึ้นหลังการทดลอง แต่ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพ เนื่องจากเป็นผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ผลการตรวจสุขภาพพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองดีขึ้นทุกด้าน ซึ่งเป็นผลมาจากการโค่วิถีชีวิตที่ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันทีละเล็กทีละน้อย ทำอย่างมีวินัยและสม่ำเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกกดดันหรือเครียด แต่กลับมีกำลังใจและเพื่อนร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้วิจัยออกแบบกระบวนการให้เกิดความท้าทายมากกว่าการกดดันหรือสร้างความกลัว ผ่านการตั้งเป้าหมายแบบ SMART Goals ซึ่งเป็นเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง วัดผลได้ ทำได้จริง ดังการศึกษาของ Hyman, Ornish, and Roizen (2009) ที่ศึกษาประชาชนทั่วไปจำนวน

23,000 คน พบว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่เรียบง่ายและสม่ำเสมอ เช่น การไม่สูบบุหรี่ ออกกำลังกายอย่างน้อย 3.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (ผลไม้ ผัก ถั่ว ธัญพืชไม่ขัดสี และเนื้อสัตว์ในปริมาณจำกัด) และการรักษาดัชนีมวลกาย (BMI) ให้น้อยกว่า 30 สามารถลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานได้ถึง ร้อยละ 93 โรคหัวใจวาย ร้อยละ 81 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 50 และโรคเมอริ่ง ร้อยละ 36 ของกลุ่มตัวอย่าง ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

ในงานวิจัยนี้ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชชีวิตจึงมีสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินพบว่า “ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน” มีการเปลี่ยนแปลงในระดับที่น้อยที่สุด ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ภาวะแทรกซ้อนของโรคเป็นผลสะสมจากพฤติกรรมสุขภาพและความเสื่อมของร่างกายในระยะยาว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในช่วงเวลาสั้นอาจยังไม่ก่อให้เกิดผลชัดเจนในทุกมิติ แม้กระนั้น ผลการติดตามยังแสดงแนวโน้มที่ดี โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใหม่ เช่น อาการปลายเท้าชา หรืออาการปวดน่อง หลังสิ้นสุดการทดลอง จากข้อค้นพบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเสนอให้มีการติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านกระบวนการโค้ชชีวิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนสุขภาพอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดการวิจัยนี้คือ ดำเนินการศึกษาในชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดยะลา ซึ่งสมาชิกส่วนใหญ่เป็นสตรี ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ขาดความสมดุลด้านเพศ และมีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา นอกจากนี้ การดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงในระดับที่น้อยที่สุด ซึ่งการปรับพฤติกรรม ต้องใช้เวลานานขึ้น แม้จะมีการศึกษานี้ที่ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในการโค้ชผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด 2 และพบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน (Tan, Cheng, Hwang, Zhang, Holroyd, Wang, 2020) แต่การลดภาวะแทรกซ้อนหรือการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เช่น ระดับ HbA1c หรือภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจำเป็นต้องใช้เวลานานกว่า 8 สัปดาห์ ดังนั้น ระยะเวลา 8 สัปดาห์ของการศึกษานี้อาจยังไม่เพียงพอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงภาวะแทรกซ้อนอย่างชัดเจน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุขสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบการโค้ชชีวิตในชมรมผู้สูงอายุและชุมชนมุสลิมในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ โดยเน้นกิจกรรมโค้ชที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเชื่อทางศาสนา
2. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและอบรมแกนนำสุขภาพ อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อเพิ่มทักษะด้านการโค้ชเชิงวิถีชีวิต สามารถถ่ายทอดความรู้ กระตุ้นแรงจูงใจ และการใช้เทคโนโลยี เพื่อสนับสนุนการสื่อสารและติดตาม
3. ใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายและจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อให้มาตรการและกิจกรรมต่าง ๆ คำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีความสมดุลด้านเพศและหลากหลายด้านระดับการศึกษา เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย
2. ควรติดตามและประเมินผลในระยะยาว เช่น 6 เดือนถึง 1 ปี หลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความคงทนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับ Hb1Ac ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
3. ควรพัฒนาและทดสอบรูปแบบโค้ชชีวิตในผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่น เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบในบริบททางศาสนาและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2562). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. สำนักพิมพ์ อักษรดีไซค์. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2567 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2567). รายงานการป่วย ปี พ.ศ. 2565. กลุ่มข้อมูลและสารสนเทศสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2567 จาก <https://n9.cl/e18o8>
- เกรียงศักดิ์ นิธิพัฒน์. (2566). พัฒนากิจกรรมการโค้ชผู้บริหารแบบมืออาชีพ. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- จุไรรัตน์ สกุลจัน. (2568). ผลการรักษาแบบการแพทย์ทางไกลผ่านการวิดีโอคอลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานไทยมุสลิม. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยและการสาธารณสุขภาคใต้*, 12(2), 1-14.
- ณัฐภัทร เต็มขุนทด, สว่างจิต สุรอมรกุล, รัชนิวรรณ ขวัญเจริญ และชาญวัฒน์ ขวัญตันติภม. (2022). ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. *วารสารการพยาบาล*, 24(1), 1-24.
- นุชชญากร คณาภรณ์ทิพย์. (2561). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพสะ อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 12(2), 60-69.
- เทศบาลเมืองสะเตงนอก. (2025). รายงานสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2567 จาก <https://www.satengnok.go.th/report/2025-public-health-summary>
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2564). การฝึกส่วนตัวเพื่อวิถีชีวิตสุขภาพ: สิ่งท้าทายของสังคมไทย: (*Health Lifestyle Coaching: A Challenge of Thai Society*). ใน เอกสารวิชาการนำเสนอในประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 19 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น. (105-117).
- สรินญา บุติ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนห้าจังหวัดชายแดนใต้ ประเทศไทย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 6(4), 114-127.
- สันต์ ใจยอดศิลป์ และพิจิกา วัชรภิชิต. (2566). *คัมภีร์สุขภาพดี สุขภาพดีได้ง่ายๆ ด้วยตนเอง*. กรีนไลฟ์ฟรันทั้งเฮ้า จำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. (2567). รายงานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ประจำเดือน พฤษภาคม. *Health Data Center (HDC)*. สืบค้นเมื่อ 12 พฤษภาคม 2568 จาก <https://hdc.moph.go.th/yla/public/standard-report-etail/150edaa99ecbe538378b8150e0776763>
- สุนันทา กาญจนพงศ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาพดี วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่นับถือศาสนาอิสลาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(เพิ่มเติม1), 86 – 101.
- Ahmann, E., Saviet, M., Conboy, L., Smith, K., Iachini, B., & DeMartin, R. (2023). Health and wellness coaching and sustained gains: A rapid systematic review. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 18(2), 162-180. doi.org/10.1177/15598276231180117
- Association for Coaching. (2003). *A Position on Health Coaching and Chronic Disease Management*. Retrieved March 25, 2025 from <https://www.associationforcoaching.com/page/CoachingDefine>
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for The Behavioral Sciences*. Academic Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis For The Behavioral Sciences (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates. doi.org/10.4324/9780203771587
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1992). The Analysis of Qualitative Data in Primary Care Research. In B. F. Crabtree & W. L. Miller (Eds.), *Doing Qualitative Research* (pp. 33-47). Sage Publications.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. doi.org/10.3758/BF03193146
- Huang, L. C., Chang, Y.-T., Chen, R.-Y., & Yang, S. H. (2021). Effectiveness of health coaching in diabetes control and lifestyle improvement: A randomized-controlled trial. *Nutrients*, 13(3878), 1–10.
- Hyman, M. A., Ornish, D., & Roizen, M. (2009). Lifestyle medicine: Treating the causes of disease. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 15(6), 12–14.
- James, F. W. (2019). *Introduction to Lifestyle Medicine: Evidence-based Clinical Practice*. Lifestyle Medicine Institute.
- Tan, C. C. L., Cheng, K. K. F., Hwang, S. W., Zhang, N., Holroyd, E., & Wang, W. (2020). Effect of a diabetes self-efficacy enhancing program on older adults with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Clin Nurs Res*, 29(5), 293-303. doi: 10.1177/1054773818792480.
- World Health Organization. (2023). *Health Service Delivery Framework for Prevention and Management of Obesity*. Retrieved September 30, 2024 from <https://n9.cl/qnpe9>

ผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองต่อการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์
และความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา

The Effects of a Community Empowerment Program to Promote Self-Care on Ergonomic Self-Care and Severity of Knee Osteoarthritis among Older Rubber Tappers

ศิริสุข ชูเย็น¹, พัชรี คมจักรพันธ์^{2*}, อภรณ์ทิพย์ บัวเพชร²

Sirisuk Chuyen¹, Patcharee Komjakraphan^{2*}, Apornthip Buapeth²

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนเสม็ด จังหวัดสงขลา, ²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹Health Promotion Hospital Kunsamet, Songkhla Province, ²Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

(Received: August 15, 2025; Revised: October 23, 2025; Accepted: December 15, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยใช้แนวทางการเสริมพลังชุมชนร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมเสริมพลังชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม 30 คน ได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัย ได้แก่โปรแกรมเสริมพลังชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง (IOC =1) แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ (CVI = .82) ค่าความเที่ยง = .87 และแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (WOMAC ฉบับภาษาไทย) (CVI = .77) ค่าความเที่ยง = .97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติที่ ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 46.33, p\text{-value} < .001$) และคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 48.08, p\text{-value} < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับค่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.03, p\text{-value} = .03$) และมีคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 27.13, p\text{-value} < .001$)

ดังนั้นโปรแกรมเสริมพลังชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง มีประสิทธิผลในการปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ ลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม หน่วยงานสาธารณสุขและผู้นำชุมชนสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของข้อเข่าในผู้สูงอายุชาวสวนยางพารา

คำสำคัญ: โรคข้อเข่าเสื่อม อาชีพกรีดยางพารา การดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ โปรแกรมเสริมพลังชุมชน เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: patcharee.ko@psu.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental study on osteoarthritis among older rubber tappers aimed to evaluate the effects of a community empowerment program to promote self-care, based on the concept of community empowerment and integrated with Orem's Self-Care Theory. The sample consisted of 60 purposively selected participants, divided into an experimental group ($n = 30$) and control group ($n = 30$). The experimental group received routine care along with a 12-week community empowerment program developed for this study, while the control group received only routine care. Research instruments included the new community empowerment program to promote self-care (IOC = 1), an ergonomic self-care behavior assessment (CVI = .82; reliability = .87), and the Thai version of the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) (CVI = .77; reliability = .97). Data were analyzed using descriptive statistics frequency, percentage, mean, and standard deviation and t-tests. The results showed as follows.

1. After the intervention, the experimental group demonstrated a statistically significant increase in ergonomic self-care scores ($t = 46.33, p\text{-value} < .001$) and a significant decrease in knee osteoarthritis severity scores ($t = 48.08, p\text{-value} < .001$) compared to baseline.

2. Following the intervention, the experimental group had significantly higher ergonomic self-care scores than the control group ($t = 1.03, p\text{-value} = .03$), and significantly lower knee osteoarthritis severity scores ($t = 27.13, p\text{-value} < .001$).

The findings indicate that the community empowerment program effectively improved ergonomic self-care behaviors and reduced the severity of knee osteoarthritis. Health agencies and community leaders may apply this program to promote health and prevent or delay knee degeneration among older adults engaged in rubber tapping.

Keywords: Knee Osteoarthritis, Rubber Tappers, Ergonomic Self-care, Self-care Promotion Community Empowerment Program

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและสัมพันธ์โดยตรงกับอายุที่เพิ่มขึ้น การวิเคราะห์ภาระโรคทั่วโลก ในปี 2019 พบว่า มีประชากรกว่า 1.71 พันล้านคนที่เป็นโรคทางกระดูกและข้อ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงวัย (Cieza, Causey, Kamenov, Hanson, Chatterji, Vos, 2020) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 6 ล้านคน โดยประมาณร้อยละ 36.90 เป็นผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) ผู้สูงอายุเหล่านี้จำนวนมากประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม โดยเฉพาะการกรีดยางพาราในพื้นที่ภาคใต้ (ธนพงศ์แสงส่องสิน, 2560) ซึ่งต้องทำงานในสภาพแวดล้อมเสี่ยง เช่น พื้นที่ลาดชัน การใช้ท่าทางไม่เหมาะสมซ้ำ ๆ เช่น การก้มตัวต่ำเพื่อกรีดยาง การยกหรือหิ้วภาชนะหนัก ส่งผลให้เกิดการเสื่อมและอาการปวดข้อจากปัญหากล้ามเนื้อและกระดูก (สมฤดี พูนทอง, 2561) งานวิจัยหลายชิ้นยังยืนยันว่าการทำงานที่ต้องงอเข่าหรือยกของหนักต่อเนื่องเป็นประจำเสี่ยงสำคัญของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ (Isaramalai, Hounsri, Kongkamol, Wattanapisitkul, Tangadulrat, Kaewmanee, et al., 2018; Wang, Perry, Arden, Chen, Parsons, Cooper, et al., 2020) อาการของโรคข้อเข่าเสื่อมหากรุนแรงขึ้นจะนำไปสู่อาการปวด บวม ข้อเข่าไม่มั่นคง ผิดรูป และอาจต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในที่สุด ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกของโรคจึงมีความสำคัญมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาจำนวนมากที่เน้นถึงความสำคัญของการดูแลตนเองตามหลักการยศาสตร์ (Ergonomic Self-care) เพื่อป้องกันหรือชะลอการลุกลามของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยหลักการยศาสตร์มีบทบาทสำคัญในการช่วยลดแรงกดและแรงกระแทกที่เกิดขึ้นบริเวณข้อเข่า โดยการปรับเปลี่ยนท่าทางการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เช่น การยืน เดิน นั่ง และการยกของอย่างถูกวิธี รวมถึงการใช้เครื่องช่วยหรืออุปกรณ์เสริมเพื่อช่วยพยุงและกระจายน้ำหนักอย่างเหมาะสม การดูแลตนเองในลักษณะนี้ไม่เพียงช่วยลดความเจ็บปวดและความเมื่อยล้าเท่านั้น แต่ยังช่วยป้องกันการบาดเจ็บซ้ำซ้อน อันเป็นปัจจัยสำคัญในการคงสภาพการทำงานของข้อเข่าให้นานขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Wang, Perry, Arden, Chen, Parsons, Cooper, et al., 2020; Sinatti, Sánchez Romero, Martínez-Pozas, Villafañe, et al., 2022; Jormand, Mohammadi, Jaihooni, Harsini, 2022) รวมถึงมีการศึกษาและทดสอบผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-care theory) (Orem, 2001) ในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา จนสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น และความรุนแรงของโรคลดลง (กนกวรรณ หวนศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย, 2558) เช่นเดียวกันกับงานวิจัยของ สมฤดี พูนทอง (2561) และ ธนพงศ์ แสงส่องสิน (2560) ที่รายงานผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ยังคงพบช่องว่างในการพัฒนาโปรแกรมที่บูรณาการหลักการยศาสตร์กับการเสริมพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Empowerment and Participation) เนื่องจากโปรแกรมส่วนใหญ่ที่ผ่านมามักถูกออกแบบและดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่เป็นหลัก โดยขาดกระบวนการดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็นการวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบกิจกรรม หรือการประเมินผล ส่งผลให้โปรแกรมหักเลี้ยวยังไม่สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และลักษณะอาชีพของชุมชนผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างแท้จริง การขาดการมีส่วนร่วมเช่นนี้ทำให้มาตรการดูแลสุขภาพตามหลักการยศาสตร์ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา ซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเอง อันเป็นผลจากลักษณะงานที่เฉพาะและสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การทำงานในพื้นที่ลาดชัน การใช้ท่าทางไม่เหมาะสม ซ้ำๆ หรือการยกของหนักต่อเนื่อง ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้สัมพันธ์กับแนวคิดของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ที่ระบุว่าบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จนนำไปสู่ภาวะพร่องการดูแลตนเองและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือพยาบาล (Orem, 2001) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุชาวสวนยางพาราที่ยังทำงาน การดูแลตนเองตามหลักการยศาสตร์ถือเป็นการปฏิบัติสำคัญเพื่อป้องกันหรือลดปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน ได้แก่ การปรับท่าทางการทำงานให้ถูกต้อง การปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม และการออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า

แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชน (Community Empowerment) โดยใช้แบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (Way of Promoting a Healthy Community) ของ Boonyasopun (2000) ถูกนำมาประยุกต์ใช้กับร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีสมมติฐานว่าเมื่อชุมชนและผู้ป่วยได้รับการพัฒนาพลังอำนาจและศักยภาพในการดูแลตนเอง ก็จะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน กระบวนการเสริมพลังชุมชนมุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ไข ร่วมดำเนินกิจกรรม ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกร่วม มีความสามารถควบคุมปัจจัยที่กระทบสุขภาพตนเอง และเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด (ภาวิณี ช่วยแทน, ภรณ์ วัฒนสมบุญ, สุปรียา ดันสกุล, 2563; อารียา หมดอดัดม, 2559; Boonyasopun, 2000) ที่ผ่านมา มีการประยุกต์แนวคิดนี้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลายด้าน เช่น โปรแกรมเสริมพลังชุมชนเพื่อปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารในสตรีมุสลิมที่มีความเสี่ยงไขมันในเลือดสูง (คอรี่เยาะ เลาะปนา, 2561) และโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการปรับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีน้ำหนักเกิน (อารียา หมดอดัดม, 2559) ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมใหม่ที่บูรณาการแนวคิดการเสริมพลังชุมชน และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพกรีดยางพาราสามารถดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ได้อย่างต่อเนื่อง

มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมดังกล่าว โดยเฉพาะการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ประกอบอาชีพกรีดยางพาราที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังชุมชนกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมในบริบทประเทศไทยและพื้นที่ภาคใต้ที่มีลักษณะเฉพาะทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากการศึกษาอื่นที่ผ่านมา

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองต่อการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์และความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

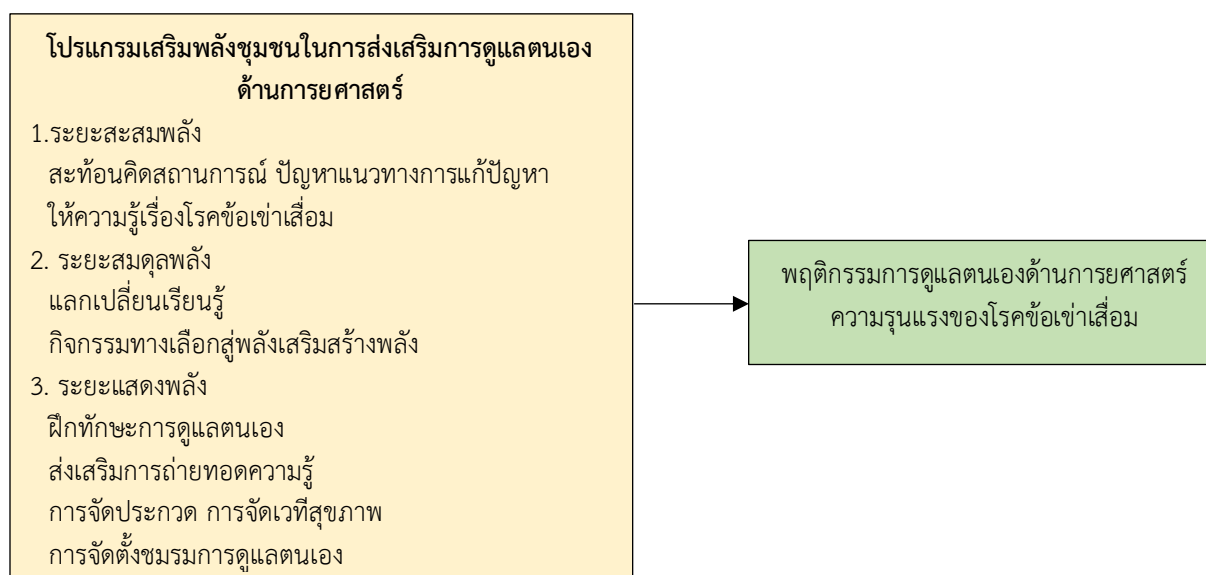
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ และคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพกรีดยางพาราในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์และคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังชุมชน

สมมติฐานวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
3. คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมพลังชุมชนตามแบบจำลองวิธีการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน (Way of Promoting a Healthy Community) ของ Boonyasopun (2000) ในกระบวนการเสริมพลังชุมชนประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะสะสมพลัง 2) ระยะสมดุลพลัง และ 3) ระยะแสดงพลัง และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-care Theory) (Orem, 2001) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพและพลังอำนาจในการดูแลตนเองให้ชุมชนและผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา โดยการดำเนินงานเชิงรุกผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคข้อเข่าเสื่อมจากลักษณะการทำงาน โดยมีจุดเน้นที่การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองตามหลักการยศาสตร์ผ่านกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนชาวสวนยางพารา ได้แก่ การส่งเสริมทักษะการปรับท่าทางที่เหมาะสม การปรับสภาพแวดล้อมการทำงาน และการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าด้วยกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติด้านการยศาสตร์ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ที่เพิ่มขึ้น และลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมและประกอบอาชีพกรีดยางพาราในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา 2 หมู่บ้าน จำนวน 60 คน แบ่งผู้สูงอายุนับรวม ตำบลปรีก เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และผู้สูงอายุบ้านหัวถนน ตำบลปรีก เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) สุ่มเลือกหมู่บ้านสำหรับแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีภาวะข้อเข่าเสื่อม 3) ประกอบอาชีพกรีดยางพารา และ 4) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) มีระดับคะแนนจากการคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม ด้วยแบบประเมินโรคข้อเข่าเสื่อมฉบับภาษาไทย (Thai-KOA-SQ) Satayavongthip, Kerdchantuk, Hanrinth, Methieng, & Khunpimul, (2011) ≥ 7 คะแนนขึ้นไป 2) กรีดยางและเก็บน้ำยาง ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ต่อเนื่อง 3) ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในช่วง 18.50 - 34.90 กิโลกรัม/ตารางเมตร (kg/m^2) 4) ไม่มีโรคประจำตัวของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย 5) ไม่มีการรักษาทางศัลยกรรม การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อ รวมถึงการทำหัตถการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่มีประวัติผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และไม่เคยได้รับอุบัติเหตุรุนแรงและผ่าตัดข้อเข่า สะโพก และขาทั้งสองข้าง 6) สามารถอ่านออกเขียนได้ และมีเกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) เกิดการบาดเจ็บระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยและไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด 2) ย้ายภูมิลำเนา

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ของโพลิตและเบ็ค (Polit, Beck, 2017) โดยอ้างอิงค่าขนาดอิทธิพลของความแตกต่าง (Effect Size) จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาเท่ากับ 3.57 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant Level) ที่ .05 และกำหนดระดับอำนาจการทดสอบ (Power of Test) ที่ .80 โดยใช้ขนาดอิทธิพลของตัวแปร (Effect Size) เท่ากับ 0.98 ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมทั้งสิ้น 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ส่งผลให้มี

จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน รวมกันทั้งหมด 60 คน โดยการเพิ่มจำนวนดังกล่าวเป็นไปตามหลักเกณฑ์การปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเผื่อการสูญหาย (Anticipated Attrition) ซึ่งเป็นแนวทางมาตรฐานที่ใช้ในการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อให้คงอำนาจการทดสอบ (Statistical Power) ไว้ตามที่กำหนดไว้ในขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่าง (Polit & Beck, 2017)

ผู้มีส่วนร่วม คือ กลุ่มแกนนำชุมชนด้านสุขภาพ จำนวน 9 คน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข 6 คน ตัวแทนกลุ่มสตรีประจำหมู่บ้าน 2 คน และญาติผู้ดูแล 1 คน เพื่อเป็นแกนหลักในการทำหน้าที่แนะนำ ส่งเสริม สนับสนุน กระตุ้นและติดตามการทำการกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมาย คัดเลือกจากคุณสมบัติดังต่อไปนี้ 1) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น หรือเทียบเท่า 2) ประพฤติตนอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดีได้รับความไว้วางใจ และยกย่องจากสมาชิกในชุมชน 3) มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ 4) มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และ 5) มีความยินดีเข้าร่วมโครงการ สำหรับการพิจารณาคุณสมบัติของผู้มีส่วนร่วม ผู้วิจัยประเมินจากข้อมูลประวัติการทำงานและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขของชุมชน ร่วมกับการปรึกษาผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อยืนยันความเหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ ประกอบด้วย 1) คู่มือการปฏิบัติงานของแกนนำ 2) คู่มือการออกกำลังเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 3) แบบบันทึกการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา 4) แผนการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อม และ 5) แนวทางการใช้โปรแกรมการเสริมพลังชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองข้อเข้าเสื่อม (Thai – KOA – SQ) ที่ดัดแปลงมาจาก Satayavongthip, Kerdchantuk, Hanrinth, Methieng, & Khunpimul, (2011) มี 3 คำถาม คือ อาการปวดข้อ อายุ และดัชนีมวลกาย 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ข้อมูลด้านสถานภาพทางสังคม ข้อมูลด้านประกอบอาชีพ และข้อมูลด้านสุขภาพ 3) แบบประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ พัฒนาขึ้นโดย กนกวรรณ หวนศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย (2558) ใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 อันดับ 4) แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข้าเสื่อม ของ Kuptniratsaikul, Rattanachaiyanont (2007) ดัดแปลงจากแบบประเมินภาวะข้อเข้าเสื่อมของ Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis (WOMAC) จำนวน 22 ข้อ ครอบคลุมอาการปวด อาการข้อฝืด และความสามารถในการใช้งาน ลักษณะเป็นแบบมาตรวัด 0-10

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objectivity Congruence: IOC) เท่ากับ 1

2. แบบประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ มีค่าเฉลี่ยดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .82 ค่าความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มตัวอย่าง 60 คน ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มทดลอง (กนกวรรณ หวนศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย, 2558) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2017)

3. แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข้าเสื่อม มีค่าความเที่ยงภายใน (Internal Consistency) เท่ากับ .97 (Kuptniratsaikul, Rattanachaiyanont, 2007)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนเสม็ด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวถนน ตำบลปริก อำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย จากนั้น

ทำการคัดเลือกแกนนำชุมชนด้านสุขภาพตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีการเตรียมความพร้อมแกนนำ 1 วัน ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ ผู้วิจัยหลักได้จัดอบรมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 ท่าน เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และวิธีการดำเนินงานวิจัยอย่างเป็นระบบ จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด และแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ก่อนการทดลอง

ขั้นตอนทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการสอน ฝึกทักษะ และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ในการประกอบอาชีพกสิกรรมพาราแกแกนนำและกลุ่มเป้าหมาย เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อม กิจกรรมจัดขึ้นที่ศาลาอเนกประสงค์บ้านควนเสม็ด ใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 12 สัปดาห์ รวมกิจกรรม 5 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 11 ครั้งละ 2 ชม. โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังนี้ (ตาราง 1)

ตาราง 1 แผนการดำเนินงานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	สัปดาห์	ระยะ/กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม
ควบคุม/ ทดลอง	0	เก็บข้อมูลก่อน การทดลอง	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยประเมินคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ และคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อใช้เป็นข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test)
ควบคุม	1	การอบรมสุขศึกษา และกำหนดแผนการดูแล ตนเองด้านการยศาสตร์	ผู้ช่วยวิจัยจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ และการใช้ท่าทาง/สิ่งแวดล้อมในการประกอบอาชีพกสิกรรมพารา ร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์
	2-11	การดูแลตนเองต่อเนื่อง	กลุ่มตัวอย่างดำเนินการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ การออกกำลังกาย และการใช้ท่าทาง/สิ่งแวดล้อมตามแผนที่กำหนด
ทดลอง	1	ระยะสะสมพลัง	ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ สะท้อนคิดปัญหาที่พบ บรรยายเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม มอบหมายแกนนำและกลุ่มเป้าหมายแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมตามใบงานผังการดูแลตนเองและใบงานค้นหาพลัง ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุและแนวทางแก้ไข ร่วมเล่นเกมใบคำปริศนาเพื่อสร้างพลัง และทำสัญญาพันธะร่วมกันทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล
	2	ระยะสะสมพลัง	ผู้วิจัยจัดกิจกรรมสะสมพลังสร้างความมั่นใจและแรงบันดาลใจทางสังคมครั้งแรก โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการยศาสตร์บรรยายแลกเปลี่ยนโรคข้อเข่าเสื่อมและการดูแลตนเอง
	3-4	ระยะสมดุลพลัง	ผู้วิจัยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ในการทำงานร่วมกับแกนนำและสมาชิก เชิญตัวแบบมาแบ่งปันประสบการณ์และให้กำลังใจ พร้อมจัดกิจกรรมทางเลือกเพื่อเสริมแรงทางสังคมอย่างต่อเนื่อง
	5-10	ระยะแสดงพลัง	ผู้วิจัยมอบหมายสมาชิกฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ และออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยมีแกนนำเป็นพี่เลี้ยงคอยติดตาม สนับสนุน และให้คำแนะนำ เพื่อคงแรงใจและแรงบันดาลใจทางสังคมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และให้สมาชิกนำทักษะที่ฝึกไปถ่ายทอดและชักชวนผู้ที่สนใจเข้าร่วมกลุ่ม
	11	ระยะสรุปและแสดงพลัง	ผู้วิจัยจัดเวทีสุขภาพเพื่อให้สมาชิกแสดงพลัง ประกอบด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประกวดคัดเลือกกลุ่มที่มีศักยภาพในการชักชวน และถ่ายทอดการฝึก การสาธิตการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม และการจัดตั้งชมรม

กลุ่ม	สัปดาห์	ระยะ/กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม
	12	เก็บข้อมูลหลังการทดลอง	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยประเมินคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ และคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อใช้เป็นข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test)

ชั้นหลังการทดลอง

ประเมินผลในสัปดาห์ที่ 12 โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทำแบบประเมินการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ และความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และให้แกนนำและสมาชิกเปิดใจ แลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

- ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการประกอบอาชีพ และข้อมูลสุขภาพ ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่าง 2 กลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)
- ทดสอบสมมติฐานเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ ด้วยการตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปรทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Shapiro-wilk Test พบว่ามีค่า p-value = .38 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญ .05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ
- เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการส่งเสริมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)
- เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการส่งเสริมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test โดยผลการตรวจสอบ Levene's test พบว่าความแปรปรวนของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ PSU IRB 2023 โดยได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2567 และมีผลบังคับใช้ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ผลการวิจัย

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป และผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.30 ^a	.579
ชาย	8	26.66	11	36.66		
หญิง	22	73.33	19	63.33		
อายุ	M = 63.57, SD = 2.24		M = 63.60, SD = 2.75		5.67 ^b	.420
60 - 65	24	80.00	23	76.66		
66 - 70	6	20.00	7	23.33		
สถานภาพสมรส					0.00 ^a	1.000
คู่	18	60.00	19	63.33		
หม้าย	12	40.00	11	36.66		

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การศึกษา					2.32 ^a	.508
ไม่ได้เรียน	8	26.66	7	23.33		
ประถมศึกษา	19	63.33	16	53.33		
มัธยมศึกษา	3	10.00	6	20.00		
ปริญญาตรี	0	0.00	1	3.33		
การประกอบอาชีพ						
พื้นที่กรีดยาง	M = 8.42, SD = 3.45		M = 8.02, SD = 3.27		2.14 ^b	.780
เวลาที่ใช้	M = 121 SD = 3.12		M = 180, SD = 2.98		5.21 ^b	.752
ดัชนีมวลกาย					0.53 ^a	.766
18.5 - 22.9 (ปกติ)	16	53.33	14	46.66		
23.0 - 24.9 (เกินเกณฑ์)	10	33.33	10	33.33		
24.9 - 29.5 (อ้วนระดับ1)	4	13.33	6	20.00		
โรคประจำตัว					6.79 ^a	.079
โรคความดันโลหิตสูง	14	46.66	7	23.33		
โรคเบาหวาน	6	20.00	3	10.00		
ปวดหลังส่วนล่าง	1	3.33	3	10.00		
ไม่มีโรคประจำตัว	9	30.00	17	56.66		
วิธีการจัดการอาการปวด					4.69 ^a	.030*
ไม่ใช้ยา	15	50.00	6	20.00		
ใช้ยา	15	50.00	24	80.00		

^aChi-square test, ^bIndendent t-test

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 73.33 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 63.33 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ย 63 ปี ($SD = 2.24$) และประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (กลุ่มทดลองร้อยละ 63.33 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 53.34) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และมีสถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ 63.33 เท่ากัน) การประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีพื้นที่ในการกรีดยางเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีพื้นที่ในการกรีดยางเฉลี่ย 8.42 ไร่ ($SD = 3.45$) และกลุ่มควบคุมมีพื้นที่ในการกรีดยางเฉลี่ย 8.02 ไร่ ($SD = 3.27$) ใช้เวลาในการทำงานเฉลี่ยวันละ 121 - 180 นาที ($SD = 3.12$ และ $SD = 2.98$ ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square Test) และการทดสอบทีอิสระ (Indendent t-test) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา รวมถึงด้านพื้นที่ทำงาน ระยะเวลาการประกอบอาชีพ และระยะเวลาทำงานต่อวัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 53.33 ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 46.67 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 46.67 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 23.33) ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของดัชนีมวลกายและโรคประจำตัว พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างสองกลุ่ม อย่างไรก็ตาม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 4.69$, $p\text{-value} = .03$) ในตัวแปรวิธีการรักษาอาการปวดข้อเข่า (การใช้ยา และไม่ใช้ยา) โดยกลุ่มควบคุมมีการใช้ยาบรรเทาอาการมากกว่ากลุ่มทดลอง

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์และความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังชุมชน

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ และคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		ระดับ	t	p-value (1-tailed)
	M	SD	ระดับ	M	SD			
การดูแลตนเองด้านการยศาสตร์	16.00	2.57	ปานกลาง	43.62	1.87	สูง	46.33	<.001
ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม	50.00	3.59	ปานกลาง	33.60	2.99	น้อย	48.08	<.001

จากตารางพบว่า ในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์หลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรม จากระดับปานกลาง ($M = 16.00, SD = 2.57$) เป็นระดับสูง ($M = 43.62, SD = 1.87$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 46.33, p\text{-value} < .001$) และหลังได้รับโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงจากระดับปานกลาง ($M = 50.00, SD = 3.59$) เป็นระดับน้อย ($M = 33.60, SD = 2.99$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 48.08, p\text{-value} < .001$)

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์และระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ และคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพกรีดยางพาราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD		
การดูแลตนเองด้านการยศาสตร์	43.63	1.88	15.27	2.34	1.03	.030
ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม	50.00	3.59	106.60	12.02	27.13	<.001

จากตารางพบว่าหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังชุมชนกลุ่มทดลองมีคะแนนการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์สูงกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลอง $M = 43.63, SD = 1.88$ กลุ่มควบคุม $M = 15.27, SD = 2.34$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.03, p\text{-value} = .030$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลอง $M = 50.00, SD = 3.59$ กลุ่มควบคุม $M = 106.60, SD = 12.02$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 27.13, p\text{-value} < .001$)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า โปรแกรมเสริมพลังชุมชนที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ และลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพกรีดยางพาราได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งภายในกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวสนับสนุนวัตถุประสงค์การวิจัย และสอดคล้องกับสมมติฐานวิจัยที่ตั้งไว้

1. การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ การบูรณาการแนวความคิดมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Empowerment) กับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ช่วยให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้นตามแนวคิดของโอเร็มที่เน้นการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) และการตระหนักรู้ถึงความต้องการดูแลสุขภาพของตน โปรแกรมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และปรับพฤติกรรมการทำงานตามหลักการยศาสตร์ จึงส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้

และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การประยุกต์ใช้แนวคิดของโอเริ่มร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนยังเป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ร่วมกันกับเพื่อนในชุมชน เกิดความตระหนักรู้ในศักยภาพของตน และสามารถพัฒนา รวมทั้งคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศที่ระบุว่า การออกกำลังกายและการปรับท่าทางช่วยเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองได้ (กนกวรรณ หวนศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย, 2558; สมฤดี พุนทอง, 2561) รวมทั้งสอดคล้องกับหลักฐานจากต่างประเทศที่ชี้ว่าปัจจัยด้านการทำงานและท่าทางซ้ำซ้อนเป็นสาเหตุสำคัญของโรคข้อเข่าเสื่อม (Wang, Perry, Arden, Chen, Parsons, Cooper, et al., 2020)

2. การลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มทดลองมีอาการรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงอย่างชัดเจน หลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการปรับท่าทางการทำงานให้เหมาะสมตามหลักกายศาสตร์ และการออกกำลังกายที่เน้นเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า เช่น การใช้ยางยืดแรงต้านต่ำ ซึ่งเหมาะสมกับผู้สูงอายุและปลอดภัยต่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Sinatti, Sánchez Romero, Martínez-Pozas, Villafañe, 2022) สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่าการออกกำลังกายมีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดข้อและเพิ่มสมรรถภาพของข้อเข่า (Fransen McConnell, Harmer, Van der Esch, Simic, Bennell, 2015) อีกทั้งการออกกำลังกายและการปรับพฤติกรรมยังช่วยลดภาระต่อข้อเข่าและลดการอักเสบ (Mo, Jiang, Mei, Zhou, 2023) ผลลัพธ์ดังกล่าวยังสนับสนุนแนวทางสากลขององค์การอนามัยโลกที่เน้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายเป็นประจำ เพื่อป้องกันและจัดการโรคข้อเข่าเสื่อม (WHO, 2020)

3. บทบาทของการเสริมพลังและการสนับสนุนทางสังคม นอกจากการฝึกทักษะด้านการยศาสตร์แล้ว กลไกการทำงานผ่านแกนนำชุมชนและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มย่อยมีส่วนสำคัญในการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจและความผูกพันของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการปฏิบัติ (Nimit-arnun, Klinhom, Morsup, 2020) ผลการวิจัยครั้งนี้ยืนยันแนวคิดดังกล่าว โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมรายงานว่ามี ความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น และยังคงปฏิบัติตามหลักกายศาสตร์ได้ต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโครงการ แสดงให้เห็นว่าการเสริมพลังและการสนับสนุนทางสังคมผ่านชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว สอดคล้องกับแนวคิดว่า ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

4. ความเชื่อมโยงกับงานวิจัยก่อนหน้า ผลลัพธ์จากการศึกษารังนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศ (กนกวรรณ หวนศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย, 2558; สมฤดี พุนทอง, 2561) และงานวิจัยต่างประเทศ (Isaramalai, Hounsri, Kongkamol, Wattanapisitkul, Tangadulrat, Kaewmanee, et al., 2018; Jormand, Mohammadi, Jeihooni, Harsini, 2022) ที่ชี้ว่าการออกกำลังกายและการจัดการตนเองตามหลักกายศาสตร์ช่วยลดอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม การบูรณาการการเสริมพลังชุมชนในครั้งนี้นี้ยังช่วยยืนยันถึงบทบาทของชุมชนในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทของชุมชน เพื่อแก้ปัญหา พัฒนา และเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับท่าทางการทำงาน การออกกำลังกาย และการใช้สื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย รวมทั้งการสร้างแกนนำสุขภาพผ่านการอบรมและเสริมพลังให้มีความรู้และทักษะในการถ่ายทอดต่อและเป็นพี่เลี้ยงให้ผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การส่งเสริมการดูแลตนเองตามหลักยศาสตร์ช่วยลดอาการเจ็บปวดจากโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้ยังสามารถประกอบอาชีพกรีดยางพาราได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้หน่วยงานสาธารณสุขและผู้นำชุมชนสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของข้อเข่าในผู้สูงอายุชาวสวนยางพาราได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายระยะเวลาการติดตามเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน เช่น การใช้ยาและการรักษาอื่น ๆ รวมถึงขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมหลากหลายบริบท พร้อมทั้งพัฒนาและประยุกต์ใช้กิจกรรมเสริมพลังร่วมกับสื่อดิจิทัลหรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ตลอดจนส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

รายการอ้างอิง

- กนกวรรณ หวนศรี และแสงอรุณ อิศระมาลัย (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการยศาสตร์ต่อการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในเกษตรกรกรรไกรยางพาราสูงอายุ. *วารสารสหการพยาบาล*, 30(2), 101–112.
- คอรี่เยาะ เลาะปนา. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมที่มีปัจจัยเสี่ยง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์].
- ธนพงศ์ แสงส่องสิน. (2560). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแรงต้านและการจัดการยศาสตร์แบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุที่ทำงานสวนยางพาราที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (อาชีวเวชศาสตร์) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์].
- ภาวิณี ช่วยแท่น, ภาณี วัฒนสมบุญ, และสุปรียา ต้นสกุล. (2563). ผลของการให้ความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในมารดาที่มีบุตรป่วยปอดบวม. *วารสารสุขศึกษา*, 43(1), 12–24.
- สมฤดี พุนทอง (2561). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดร่วมกับการปรับท่าทางต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและอาการปวดเข่าในเกษตรกรกรรไกรยางพารา [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา].
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *สรุปผลที่สำคัญของการทำงานของสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2563*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อารียา หมดอดัม. (2559). การพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(2), 118–132.
- Boonyasopun, U. (2000). *Ways of Promoting a Healthy Community A Critical Ethnography of Rural Thai Women*. [Unpublished doctoral dissertation]. University of Maryland Baltimore.
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006–2017. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0
- Fransen, M., McConnell, S., Harmer, A. R., Van der Esch, M., Simic, M., & Bennell, K. L. (2015). Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), Article CD004376. doi.org/10.1002/14651858.CD004376.pub3
- Isaramalai, S. A., Hounsri, K., Kongkamol, C., Wattanapisitkul, P., Tangadulrat, N., Kaewmanee, T., et al. (2018). Integrating participatory ergonomic management in non-weight-bearing exercise and progressive resistance exercise on self-care and functional ability in aged farmers with knee osteoarthritis: A clustered randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging* 17(13); 101–108. doi: 10.2147/CIA.S144288.

- Jormand, H., Mohammadi, N., Jeihooni, A. K., & Harsini, P. A. (2022). Self-care behaviors in older adults suffering from knee osteoarthritis: Application of theory of planned behavior. *Frontiers in Public Health*, 10, 958614. doi:10.3389/fpubh.2022.958614.
- Kuptniratsaikul, V., & Rattanachaiyanont, M. (2007). Validation of a modified Thai version of the Western Ontario and McMaster (WOMAC) osteoarthritis index for knee osteoarthritis. *Clinical Rheumatology*, 29(12), 1641-1645.
- Mo, L., Jiang, B., Mei, T., & Zhou, D. (2023). Exercise therapy for knee osteoarthritis: A systematic review and network meta-analysis. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, 11(7), 23259671231172773. doi.org/10.1177/23259671231172773
- Nimit-arnun, N., Klinhom, W., & Morsup, T. (2020). Community empowerment: Concept and application in community practitioner nursing practice. *Songklanagarind Journal of Nursing and Health Sciences*, 14(1), 13-23.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6th ed.). Mosby.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Satayavongthip, B., Kerdchantuk, P., Hanrinth, R., Methieng, T., & Khunpimul, P. (2011). Development of the Thai knee osteoarthritis screening questionnaire (Thai-KOA-SQ) in Kanleung sub-district, Nakronpanom province. *Journal of Medical Association Thai*, 94(8), 947-951.
- Sinatti, P., Sánchez Romero, E. A., Martínez-Pozas, O., & Villafañe, J. H. (2022). Effects of patient education on pain and function and its impact on conservative treatment in elderly patients with pain related to hip and knee osteoarthritis: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 6194. doi.org/10.3390/ijerph19106194
- Wang, X., Perry, T., Arden, N., Chen, L., Parsons, C., Cooper, C., et al. (2020). Occupational risk in knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arthritis Care & Research*, 72(9), 1213-1223
- World Health Organization [WHO]. (2020). *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour*. Geneva: World Health Organization.

การพัฒนาเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยสำหรับพยาบาลหัวหน้าเวร ในโรงพยาบาลตติยภูมิ

Development of Safety Performance Measurement Instrument for Charge Nurses in Tertiary Hospitals

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย¹, วรณดี สุทธิศักดิ์¹, อุษา ตันทพงษ์¹, เนตรชนก ศรีทุมมา¹, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร¹,
เกดกนก แสงอุบล², ศจีรัตน์ โกศล³

Phechnoy Singchungchai¹, Wandee Suthisak¹, Usa Tantapong¹, Netchanok Sritoomma¹,
Kannikar Chatdokmaiprai¹, Kedkanok Sangubol², Sajeerat Kosol³

¹มหาวิทยาลัยคริสเตียน, ²โรงพยาบาลซีจีเอสไฮไลม์, ³โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
¹Christian University of Thailand, ²CGH Saimai Hospital, ³Surrathani Hospital

(Received: August 13, 2025; Revised: November 16, 2025; Accepted: December 18, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลตติยภูมิ โดยอิงตามกรอบแนวคิดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของ Griffin และ Neal (2000) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 160 คน ขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วยการทบทวนวรรณกรรม การกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ การสร้างข้อคำถาม การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ข้อมูลถูกรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยที่พัฒนาขึ้น ผลการประเมินคุณภาพเครื่องมือพบว่า ความตรงเชิงเนื้อหาที่มีค่าดัชนีเท่ากับ .89 และความเที่ยงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 ขณะที่ความตรงเชิงโครงสร้างได้รับการตรวจสอบด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและเชิงยืนยัน ผลการวิจัยพบว่า

เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมีความตรงเชิงโครงสร้างสอดคล้องกับกรอบแนวคิดและข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 2.63$, $df = 34$, $p\text{-value} = 1.00$, $RMSEA = 0.00$) เครื่องมือประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านความปลอดภัย (4 ตัวชี้วัด) และ (2) การมีส่วนร่วมในงานด้านความปลอดภัย (6 ตัวชี้วัด) โดยตัวชี้วัดทั้งหมดมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.78 – 0.85 อยู่ในเกณฑ์

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการมีเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยที่มีความน่าเชื่อถือและมีความตรงเชิงโครงสร้าง สำหรับใช้ประเมินการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรซึ่งสามารถนำไปสู่การพัฒนากระบวนการความปลอดภัยในบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การปฏิบัติงานด้านความปลอดภัย พยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลตติยภูมิ เครื่องมือวัด

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

Abstract

This descriptive research aimed to develop and evaluate the quality of an instrument measuring safety performance among charge nurses in tertiary care hospitals, based on the safety performance framework proposed by Griffin and Neal (2000). The sample consisted of 160 charge nurses working in tertiary care hospitals. Instrument development procedures included a literature review, operational definition formulation, item construction, content validation by experts, and assessment of instrument quality. Data were collected using the newly developed safety performance questionnaire. Content validity yielded a content validity index of .89, and reliability analysis demonstrated a Cronbach's alpha coefficient of .89. Construct validity was examined through exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis.

The results indicated that the developed instrument showed construct validity consistent with the theoretical framework and empirical data. The confirmatory factor analysis demonstrated an excellent model fit ($\chi^2 = 2.63$, $df = 34$, $p\text{-value} = 1.00$, $RMSEA = 0.00$). The instrument comprised two major components: (1) Compliance with safety requirements (4 indicators) and (2) Participation in safety-related activities (6 indicators), with factor loadings ranging from 0.78 to 0.85, meeting acceptable criteria.

This study highlights the importance of a psychometrically sound instrument for assessing safety performance among charge nurses. Such an instrument can support nurse administrators in evaluating safety practices and enhancing patient safety systems within healthcare services.

Keywords: Safety Performance, Charge Nurses, Tertiary Hospitals, Measurement Instrument

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) ชี้ว่าการดูแลที่ไม่ปลอดภัยยังคงเป็นสาเหตุของความเสียหายต่อผู้ป่วยจำนวนมากในแต่ละปี ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ค่าใช้จ่าย และความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพ (Wagner, Mannion, Hammer, Groene, Arah, Dersarkissian, et al., 2014) ในบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิซึ่งมีการรักษาที่ซับซ้อน โรงพยาบาลหัวหน้าเวรมีบทบาทสำคัญในการกำกับการปฏิบัติงานของทีมนพยาบาลและลดอุบัติเหตุการไม่พึงประสงค์ โดยการศึกษาพบว่าหน่วยงานที่มีการนำนโยบายความปลอดภัยไปปฏิบัติอย่างเคร่งครัดสามารถลดเหตุการณ์ความเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ (Xu, Clarke, Reed, Kumbakumba, Srinivas, Tsankwanchi, et al., 2021) อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยยังขาดเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยที่พัฒนาเฉพาะสำหรับพยาบาลหัวหน้าเวรตามบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิ แม้ว่างานของ Griffin และ Neal (2000) ซึ่งเสนอกรอบแนวคิดด้านพฤติกรรมความปลอดภัยทั้งด้านการปฏิบัติตามข้อกำหนดและการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัย จะได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางก็ตาม ส่งผลให้เกิดความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาเครื่องมือวัดที่มีความตรงและเที่ยงเพื่อประเมินการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรในบริบทไทยอย่างถูกต้องและเชื่อถือได้

พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการกำกับการดูแลการปฏิบัติงานของทีมนพยาบาลและบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ ในเวรการทำงาน จึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยและทีมนพยาบาล การวัดผลการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัย (Safety Performance) ตามแนวคิดของ Griffin และ Neal (2000) เป็นกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยแบ่งการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยเป็น 2 องค์ประกอบ คือ 1) การปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านความปลอดภัย (Safety Compliance) หมายถึง การปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และขั้นตอนการทำงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย

และ 2) การมีส่วนร่วมในงานด้านความปลอดภัย (Safety Participation) หมายถึง พฤติกรรมที่สนับสนุนความปลอดภัยในองค์กร เช่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านความปลอดภัย การสื่อสารประเด็นความปลอดภัย และการช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานในด้านความปลอดภัย

อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยที่พัฒนาขึ้นเฉพาะสำหรับพยาบาลหัวหน้าเวรในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิประเทศไทย สำหรับในองค์การพยาบาลการมีเครื่องมือวัดที่มีคุณภาพจะช่วยให้สามารถประเมินการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรได้อย่างถูกต้อง และนำไปสู่การพัฒนากระบวนการความปลอดภัยในการให้บริการสุขภาพ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรสำหรับสถานบริการสุขภาพโรงพยาบาลตติยภูมิตามกรอบแนวคิดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของ Griffin และ Neal (2000)

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรสำหรับสถานบริการสุขภาพโรงพยาบาลตติยภูมิตามกรอบแนวคิดของ Griffin และ Neal (2000)
2. เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรสำหรับสถานบริการสุขภาพโรงพยาบาลตติยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของ Griffin และ Neal (2000) ซึ่งแบ่งโครงสร้างการวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยเป็นตัวแปรแฝง (Latent Variables) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 คือ การปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านความปลอดภัย (Safety Compliance) การปฏิบัติตามกฎระเบียบ และขั้นตอนการทำงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย และองค์ประกอบที่ 2 คือการมีส่วนร่วมในงานด้านความปลอดภัย (Safety Participation) พฤติกรรมที่สนับสนุนความปลอดภัยในองค์กร การวิจัยนี้ได้ประยุกต์กรอบแนวคิดดังกล่าวให้เข้ากับบริบทของพยาบาลหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลตติยภูมิ โดยคำนึงถึงบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบเฉพาะของพยาบาลหัวหน้าเวรในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อพัฒนาเครื่องมือ (Instrument Development Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐบาลในระดับตติยภูมิ 2 แห่ง จำนวน 1000 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐบาลในระดับตติยภูมิ 2 แห่ง จำนวน 160 คน ใช้สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ได้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran (Burns, Grove, 2001) โดยกำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และระดับค่าความคลาดเคลื่อน .05 ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 160 คน ซึ่งสอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบที่กำหนดตัวอย่างต้องมีอย่างน้อย 10 - 20 คนต่อ 1 ตัวแปรสังเกตได้ (Dawson, Trapp, 2011)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของ Griffin และ Neal (2000) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานและประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการความเสี่ยงหรือความปลอดภัยในโรงพยาบาล (ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมาได้เข้าร่วมประชุมวิชาการ หรืออบรมเกี่ยวกับการบริหารความปลอดภัย หรือการบริหารความเสี่ยงในเรื่องความปลอดภัย)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อคำถามการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านความปลอดภัย (Safety Compliance) จำนวน 4 ข้อ การมีส่วนร่วมในงานด้านความปลอดภัย (Safety Participation) จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) แบบการวัดมี 5 ระดับ คือ การรับรู้ปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) การรับรู้ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) การรับรู้ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) การรับรู้ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และการรับรู้ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การดำเนินการวิจัยนี้ได้บูรณาการการสร้างเครื่องมือตามแนวทางการพัฒนาเครื่องมือของ DeVellis (2017) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้นำข้อคำถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการพัฒนาเครื่องมือวัด จำนวน 3 ราย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .89 เป็นไปตามเกณฑ์โดยเกณฑ์ค่า CVI ที่ยอมรับตั้งแต่ .80 (Polit, Beck, 2008) ส่วนการทดลองใช้เครื่องมือ ได้นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้กับพยาบาลหัวหน้าเวรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อคำถาม และคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ผลการตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวร โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า เครื่องมือทั้งฉบับมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 โดยองค์ประกอบที่ 1 การปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านความปลอดภัย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 และองค์ประกอบที่ 2 การมีส่วนร่วมในงานด้านความปลอดภัย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 ซึ่งมีความมากกว่า .70 ตามเกณฑ์ที่กำหนด แสดงว่าเครื่องมือมีความเที่ยงในระดับที่ยอมรับได้ (Polit, Beck, 2008)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 160 คน ซึ่งต้องติดตามตัวอย่างจำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ เพื่อให้ได้ตัวอย่างครบตามเกณฑ์การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ได้แบบสอบถามคืนจำนวน ร้อยละ 100.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและระดับการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัย และสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) การสกัดองค์ประกอบหลัก (Principal Components) ด้วยการทดสอบความเหมาะสมของจำนวนตัวอย่างด้วยสถิติทดสอบ KMO พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.95 ถือว่ามีความเหมาะสมระดับดี ทุกองค์ประกอบมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) มากกว่า 0.30 ขึ้นไป และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) โดยข้อมูลมีการทดสอบการกระจายเป็นโค้งปกติ ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ($p\text{-value} > 0.05$) เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือโดยพิจารณาจากค่าสถิติดังนี้ ค่าไคส์แควร์ (χ^2) และค่า $p\text{-value}$ ไม่มีนัยสำคัญ ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI) มากกว่า 0.9 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณน้อยกว่า 0.05 (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) น้อยกว่า (Hair, Black, Babin, Anderson, Tatham, 2006)

จริยธรรมวิจัย

คณะผู้วิจัยได้ขออนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียนเอกสารรับรองเลขที่ บ.09/2566 ซึ่งอนุมัติเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 160 คน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31 – 50 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 38.75 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 30.20) มากกว่าสถานภาพอื่น ส่วนประสบการณ์ด้านความปลอดภัย พบว่าส่วนใหญ่ ไม่เคยเป็นคณะกรรมการความเสี่ยงหรือความปลอดภัยในโรงพยาบาล (ร้อยละ 66.7) ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เคยเข้าร่วมการประชุมวิชาการหรือการอบรมด้านความปลอดภัย ประมาณ 1–3 ครั้ง (ร้อยละ 70.0) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพื้นฐานการรับรู้ด้านความปลอดภัยในระดับหนึ่ง และมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับประเด็นความเสี่ยงในงานพยาบาลที่เพียงพอสำหรับการประเมินการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลตติยภูมิ

2. ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยมี 2 ข้อ ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรสำหรับสถานบริการสุขภาพโรงพยาบาลตติยภูมิตามกรอบแนวคิดของ Griffin และ Neal (2000) การพัฒนาเครื่องมือประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรม การกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ การสร้างข้อคำถาม การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และการทดลองใช้เครื่องมือ การดำเนินการวิจัยนี้ได้บูรณาการการสร้างเครื่องมือตามแนวทางการพัฒนาเครื่องมือของ DeVellis (2017) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้นำข้อคำถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการพัฒนาเครื่องมือวัด จำนวน 3 ราย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .89 เป็นไปตามเกณฑ์ โดยเกณฑ์ค่า CVI ที่ยอมรับตั้งแต่ .80 ผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ พบว่าโครงสร้างเครื่องมือประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ 10 ตัวชี้วัด การปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านความปลอดภัย (Safety Compliance) มีจำนวน 4 ข้อ และการมีส่วนร่วมในงานด้านความปลอดภัย (Safety Participation) จำนวน 6 ข้อ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นผ่านเกณฑ์คุณภาพเครื่องมือและสามารถใช้ประเมินการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรได้อย่างน่าเชื่อถือ

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรสำหรับสถานบริการสุขภาพโรงพยาบาลตติยภูมิ ผลการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงโครงสร้างใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ 2 ขั้นตอน

2.1 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรสำหรับสถานบริการสุขภาพโรงพยาบาลตติยภูมิ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA)

ตาราง 1 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loadings) จำแนกตามองค์ประกอบที่ 1 และองค์ประกอบที่ 2

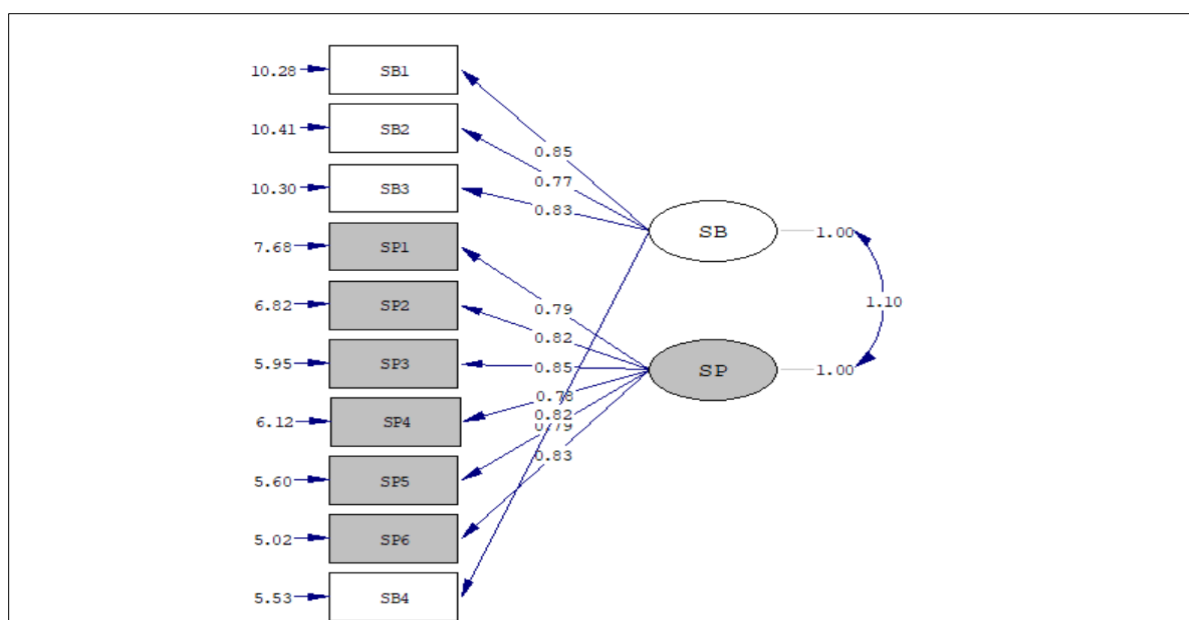
ตัวชี้วัด (Indicators)	องค์ประกอบที่ 1 Safety Compliance	องค์ประกอบที่ 2 Safety Participation
1. ปฏิบัติตามนโยบายและแนวปฏิบัติด้านความปลอดภัย	0.82	-
2. ปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย	0.85	-
3. การใช้อุปกรณ์ป้องกันและความปลอดภัยอย่างเหมาะสม	0.80	-
4. รายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยตามขั้นตอน	0.78	-
5. ร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย	-	0.83
6. ช่วยเหลือทีมเกี่ยวกับงานด้านความปลอดภัย	-	0.82
7. ให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงความปลอดภัยหน่วยงาน	-	0.79
8. สนับสนุนเป้าหมายด้านความปลอดภัยของโรงพยาบาล	-	0.81
9. ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในทีมการพยาบาล	-	0.84
10. สื่อสารประเด็นความปลอดภัยกับทีมสหสาขา	-	0.80

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีโครงสร้างตามทฤษฎีของ Griffin & Neal (2000) อย่างชัดเจน โดยแยกออกเป็น 2 องค์ประกอบดังนี้:

องค์ประกอบที่ 1 การปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านความปลอดภัย (Safety Compliance) หมายถึง พฤติกรรมที่พยาบาลหัวหน้าเวรปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และขั้นตอนความปลอดภัย ซึ่งผล Factor Loading สูงตั้งแต่ 0.78 – 0.85 แสดงว่าแต่ละตัวชี้วัดมีความสัมพันธ์สูงกับองค์ประกอบนี้ และเป็นตัวแทนที่ดีในการวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตามความปลอดภัย

องค์ประกอบที่ 2 การมีส่วนร่วมในงานด้านความปลอดภัย (Safety Participation) ประกอบด้วยพฤติกรรมมีส่วนร่วมในวัฒนธรรมความปลอดภัย การให้ข้อเสนอแนะ การสื่อสารความปลอดภัย และการสนับสนุนทีมงาน ซึ่งมีค่า Factor Loading 0.79 – 0.84 แสดงถึงความมุ่งมั่นทางพฤติกรรมเชิงรุกด้านความปลอดภัยเมื่อพิจารณา ค่า Factor Loading ทุกข้อจะพบว่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ควรไม่น้อยกว่า 0.40 (Hair, Black, Babin, Anderson, Tatham, 2006) แสดงว่า ตัวชี้วัดทั้งหมดมีความเหมาะสมและสามารถอธิบายองค์ประกอบแฝงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรสำหรับสถานบริการสุขภาพโรงพยาบาลตติยภูมิ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA)



รูปภาพ 1 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการทดสอบความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรด้วย (CFA Model)

ตาราง 2 ค่าสถิติแสดงความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล (Model Fit) ความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัย

สถิติ	ค่า	เกณฑ์	การตีความ
χ^2 (df = 34), p -value	2.63, p -value = 1.00	p -value > 0.05	โมเดลกลมกลืนกับข้อมูลดีมาก
RMSEA	0.00	< 0.05	โมเดลมีความคลาดเคลื่อนเฉลี่ยต่ำมาก
GFI	> 0.90	≥ 0.90	ผ่านเกณฑ์ความกลมกลืน

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวร พบว่า โมเดลการวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

โดยมีค่าสถิติทั้งหมดเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล โดยค่า p -value ที่มากกว่า 0.05 และค่า RMSEA ที่น้อยกว่า 0.05 แสดงถึงความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ค่าไค-สแควร์ (χ^2) = 2.63 องศาอิสระ (df) = 34 ค่า p -value = 1.00 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (RMSEA) = 0.00) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading หรือ λ) ของตัวชี้วัดแต่ละข้อ พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 0.78 - 0.85 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.40 ตามเกณฑ์ที่กำหนด แสดงว่าตัวชี้วัดทุกข้อมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบที่วัดในระดับที่ยอมรับได้ ดังแสดงในรูปภาพ 1 และตารางที่ 2

การวิเคราะห์ CFA พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างดี โดยมีค่าดัชนีอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับตามเกณฑ์ของ Hair, Black, Babin, Anderson, Tatham (2006) ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวอยู่ในระดับสูง (0.78 - 0.85) สูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ 0.40 ตาม Hair, Black, Babin, Anderson, Tatham (2006) และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับงานต้นแบบของ Griffin และ Neal (2000) การปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านความปลอดภัย (Safety Compliance หรือ SC) ค่าน้ำหนัก 0.78 - 0.85 สะท้อนว่าเป็นมิติที่เสถียรและมีความตรงสูง โดยข้อที่มีน้ำหนักมากที่สุดคือการปฏิบัติตามขั้นตอนที่ปลอดภัย (SC2) เท่ากับ 0.85 สอดคล้องกับ Clarke (2010) ที่ชี้ว่าการปฏิบัติตามขั้นตอนความปลอดภัยเป็นตัวทำนายอุบัติเหตุที่สำคัญ ส่วนการมีส่วนร่วมในงานด้านความปลอดภัย (Safety Participation หรือ SP) ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.79 - 0.84 โดยตัวชี้วัดที่เด่นที่สุด คือ การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย (SP5) เท่ากับ 0.84 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโมเดล 2-factor นี้เป็นไปตามแนวคิดของ Griffin & Neal (2000) และงานวิจัยด้านความปลอดภัยสากลอื่น ๆ จึงสามารถนำไปใช้ประเมินการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลตติยภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยการพัฒนาเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรสำหรับสถานบริการสุขภาพโรงพยาบาลตติยภูมิตามกรอบแนวคิดของ Griffin และ Neal (2000) ผลการวิจัยพบว่า เครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรมีโครงสร้างความตรงของเครื่องมือจำนวน 2 องค์ประกอบ คือ การปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านความปลอดภัย (Safety Compliance) และ การมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัย (Safety Participation) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Griffin และ Neal (2000) ที่ระบุว่าพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของบุคลากรแบ่งออกเป็นสองมิติ ได้แก่ พฤติกรรมตามกฎระเบียบด้านความปลอดภัย และพฤติกรรมอาสาสมัครเพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย ผลที่พบจึงสะท้อนว่าพยาบาลหัวหน้าเวรมีบทบาททั้งในฐานะผู้ปฏิบัติตามมาตรฐาน และผู้สนับสนุนกิจกรรมความปลอดภัยอย่างเชิงรุกตามแนวทางการบริหารพยาบาล ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญของความเป็นผู้นำด้านความปลอดภัยในบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิ วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = .89) แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับข้อเสนอของ DeVellis (2017) ที่ระบุว่า การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดจำเป็นต้องให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหาเพื่อให้มั่นใจว่าข้อคำถามสามารถสะท้อนตัวแปรเชิงสร้างได้อย่างครบถ้วน ทั้งนี้ องค์ประกอบทั้งสองที่พบยังสอดคล้องกับงานวิจัยสากลที่ผ่านมาว่า พฤติกรรมด้านความปลอดภัยของผู้นำการพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญต่อการลดความคลาดเคลื่อนทางการพยาบาลและการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน (Clarke, Donaldson, 2022; Lee, Dahinten, 2021) นอกจากนี้ การวิจัยนี้พบว่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือประกอบด้วย 10 ตัวชี้วัด ซึ่งครอบคลุมทั้งมิติการปฏิบัติและการมีส่วนร่วมด้านการจัดการความปลอดภัย แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความรอบด้านที่สามารถใช้ประเมินบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสอดคล้องกับข้อเสนอของ Ginsburg, Tregunno, Norton, Mitchell, Howley, Schalm (2020) ที่เน้นว่าการวัดพฤติกรรมความปลอดภัยควรประเมินทั้งพฤติกรรมที่จำเป็นตามหน้าที่ และพฤติกรรมอาสาสมัครเพื่อสนับสนุนวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร ทั้งนี้ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจึงสามารถนำไปใช้เพื่อประเมินภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยในระดับปฏิบัติการได้อย่างเหมาะสมในบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิ

นอกจากนี้ วัตถุประสงค์การวิจัยนี้ ยังต้องการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวร โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและเชิงยืนยัน ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าโครงสร้างของตัวชี้วัดมีความสอดคล้องกับกรอบทฤษฎีด้านพฤติกรรมความปลอดภัยของ Griffin และ Neal (2000) อย่างชัดเจนตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ต้องการทดสอบ โดยจำแนกออกเป็นสององค์ประกอบ ได้แก่ การปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านความปลอดภัย (Safety Compliance) และการมีส่วนร่วมในงานด้านความปลอดภัย (Safety Participation) ทั้งสององค์ประกอบมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loadings) สูงกว่าเกณฑ์ที่แนะนำไม่น้อยกว่า 0.40 ตามหลักสถิติของ Hair, Black, Babin, Anderson, Tatham (2006) ซึ่งบ่งชี้ถึงความเหมาะสมของตัวชี้วัดและเสถียรภาพของโครงสร้างตัวแปรแฝง เครื่องมือนี้จึงสามารถสะท้อนพฤติกรรม การปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยทั้งเชิงปฏิบัติตามกฎระเบียบและเชิงมีส่วนร่วมได้อย่างครอบคลุมและแม่นยำ ผล CFA พบว่าโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลในระดับดีเยี่ยม ($RMSEA = 0.00$, $p\text{-value} > .05$) แสดงว่าตัวโมเดลมีความตรงเชิงโครงสร้างสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในบริบทการพยาบาลที่ยืนยันว่าพฤติกรรม ความปลอดภัยของบุคลากรสุขภาพเป็นโครงสร้างสองมิติที่ชัดเจน และมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ และความปลอดภัยผู้ป่วย (Lee, Dahinten, 2021; Kim, Lee, Kim, 2023) ทั้งนี้ ค่า Factor Loading ที่อยู่ในช่วง 0.78 – 0.85 ยังสะท้อนว่าพยาบาลหัวหน้าเวรมีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการกำกับติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐาน ความปลอดภัย และการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นบทบาทที่ได้รับการยืนยันจากงานวิจัยที่ผ่านมาว่าส่งผลต่อการลดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัย (Manapragada, Bruk-Lee, 2021) เครื่องมือที่พัฒนาครั้งนี้ สามารถวัดพฤติกรรมด้านความปลอดภัยทั้งสองมิติได้อย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะควรมีการขยายการศึกษาเช่นเดียวกับ เรื่องนี้ในผู้บริหารระดับกลาง (Middle Manager) และผู้บริหารระดับสูงเช่นเดียวกับการศึกษาของ เอี่ยมพร จันทร์หอม, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2567) ได้ส่งเคราะห์งานวิจัยพบว่ายากต่อการวิจัยภาวะผู้นำกับคุณภาพการพยาบาลเอ ความปลอดภัย ภาวะผู้นำที่ควรเพิ่มในกลุ่มตัวอย่าง จึงควรเพิ่มการวิจัยสำหรับผู้บริหารระดับกลางและระดับสูง และควรมีการขยายการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพการพยาบาลในมิติพยาบาลในบริบทของโรงพยาบาลไทยเพื่อทดสอบ สอดคล้องกับทั้งทฤษฎีและผลการศึกษาก่อนหน้าในองค์กรบริการสุขภาพสมัยใหม่ และมีศักยภาพในการนำไปใช้ ประเมิน ติดตาม และพัฒนาความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลตติยภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวร ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการประเมินการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพของพยาบาลหัวหน้าเวรด้านความปลอดภัย
2. หน่วยงานสุขภาพสามารถนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของ หน่วยงาน และนำผลการประเมินไปใช้ในการพัฒนาระบบความปลอดภัยในการให้บริการสุขภาพ
3. หน่วยงานสุขภาพสามารถนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการคัดเลือกและพัฒนาพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อให้มีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวรกับผลลัพธ์ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวร เช่น ภาวะ ผู้นำ บรรยากาศความปลอดภัย การรับรู้ความเสี่ยง เป็นต้น เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติงาน ด้านความปลอดภัยของพยาบาลหัวหน้าเวร

3. ควรมีการนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบในบริบทอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลทุติยภูมิ โรงพยาบาลเอกชน เพื่อตรวจสอบความเป็นสากลของเครื่องมือ หรือควรมีการพัฒนาเครื่องมือวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยสำหรับผู้บริหารระดับกลาง และบุคลากรกลุ่มอื่น ๆ เช่น พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน แพทย์ เภสัชกร เพื่อให้สามารถวัดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยได้ครอบคลุมทุกกลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยคริสเตียนที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

รายการอ้างอิง

- เอี่ยมพร จันทร์หอม, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2567). รูปแบบภาวะผู้นำและคุณภาพการพยาบาลในมิติของพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 11(1), e266064.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization* (4th ed.). W.B. Saunders.
- Clarke, S. (2010). An integrative model of safety climate: Linking psychological climate and work attitudes to individual safety outcomes using meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(3), 553-578.
- Clarke, S. P., & Donaldson, N. E. (2008). Nurse Staffing and Patient Care Quality and Safety. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Dawson, B., & Trapp, R. G. (2011). *Basic and Clinical Biostatistics* (4th ed.). Lange Medical Books/McGraw-Hill.
- DeVellis, R. F. (2017). *Scale Development: Theory and Applications* (4th ed.). Sage Publications.
- Ginsburg, L., Tregunno, D., Norton, P. G., Mitchell, J. I., Howley, H., & Schalm, C. (2020). 'Not another safety culture survey': Using the canadian patient safety climate survey (Can-PSCS) to guide quality improvement. *BMJ Quality & Safety*, 29(11), 913-922. doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010611
- Griffin, M. A., & Neal, A. (2000). Perceptions of safety at work: A framework for linking safety climate to safety performance, knowledge, and motivation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(3), 347-358.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis* (6th ed.). Pearson Prentice Hall.
- Kim, H., Lee, Y., & Kim, J. (2023). Safety behavior among nurses: A structural equation modeling approach. *Journal of Nursing Management*, 31(3), 678-687. doi.org/10.1111/jonm.13823
- Lee, S. E., & Dahinten, V. S. (2020). The enabling, enacting, and elaborating factors of safety culture associated with patient safety: A multilevel analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(5), 544-552. doi.org/10.1111/jnu.12585
- Manapragada, A., & Bruk-Lee, V. (2016). Staying silent about safety issues: Conceptualizing and measuring safety silence motives. *Accident Analysis & Prevention*, 91, 144-156. doi.org/10.1016/j.aap.2016.02.014

- Neal, A., & Griffin, M. A. (2006). A study of the lagged relationships among safety climate, safety motivation, safety behavior, and accidents at the individual and group levels. *Journal of Applied Psychology*, 91(4), 946-953.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Wagner, C., Mannion, R., Hammer, A., Groene, O., Arah, O. A., Dersarkissian, M., et al. (2014). The associations between organizational culture, organizational structure and quality management in European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(suppl_1), 74-80.
- World Health Organization. (2023). *Patient safety* [Fact sheet]. World Health Organization. Retrieved July 25, 2024 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Xu, L., Clarke, S., Reed, S., Kumbakumba, E., Srinivas, S., Tsankwanchi, T., et al. (2021). Impact of a quality improvement program on maternal and perinatal health outcomes in Uganda: A cluster randomized controlled trial. *BMJ Global Health*, 6(2), e004635.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์แรก ต่อความรู้ ทักษะ
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถและความตั้งใจ
ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน

Effects of a Breastfeeding Promotion Program for Primigravida Women
on Knowledge, Attitudes, Subjective Norms, Perceived Behavioral Control,
and Intention for Exclusive Breastfeeding for 6 Months

เวนุกา พรกุนา¹, เอมอน บุตรอุดม^{2*}, สุธิดา อินทรเพชร², วรรณมา ปิยะเศวตกุล¹,
ทิพวรรณ โคตรตาแสง¹, พรหมกาย์ ต้นทอง¹

Wenuka Pornkuna¹, Aimon Butudom^{2*}, Suthida Intaraphet²,

Wanna Piyasawatkul¹, Tippawan Khodtasang¹, Pronpaka Thontong¹

¹โรงพยาบาลขอนแก่น, ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Khon Kaen Hospital, ²Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: September 16, 2025; Revised: November 25, 2025; Accepted: December 23, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์แรกต่อความรู้ ทักษะ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์แรก จำนวน 80 ราย ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลขอนแก่น แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 40 ราย ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานของโรงพยาบาล กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของไอโอวา แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน ได้ค่าความเที่ยง .81, .83, .88, .93 และ .87 ตามลำดับ รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2567 ถึง สิงหาคม 2568 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired T-test และสถิติ Independent T Test ผลการวิจัยพบว่า

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($M = 8.28, SD = 1.01$) ทักษะ ($M = 68.80, SD = 6.51$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ($M = 51.75, SD = 4.46$) การรับรู้ความสามารถ ($M = 79.72, SD = 5.94$) และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน ($M = 45.55, SD = 3.08$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$)

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($M = 8.28, SD = 1.01$) ทักษะ ($M = 68.80, SD = 6.51$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ($M = 51.75, SD = 4.46$) การรับรู้ความสามารถ ($M = 79.72, SD = 5.94$) และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน ($M = 45.55, SD = 3.08$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$)

ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์แรกประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ช่วยเพิ่มความรู้ ความตั้งใจและส่งเสริมความมั่นใจของหญิงตั้งครรภ์แรกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว และพยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในแผนกฝากครรภ์กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอื่น และติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนและต่อเนื่องจนถึง 2 ปี

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หญิงตั้งครรภ์แรก โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

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

Abstract

A quasi-experimental two-group pretest-posttest design was conducted to compare the effects of a breastfeeding promotion program for primigravida women on knowledge, attitude, subjective norms, perceived behavioral control, and intention for exclusive breastfeeding for 6 months with standard hospital care. The study participants were 80 primigravida women receiving services at the antenatal care department of Khon Kaen Hospital, divided into control and experimental groups of 40 participants each. Sample selection was conducted using purposive sampling. The control group received standard hospital care according to hospital guidelines. The experimental group received a breastfeeding promotion program including training skills, return demonstration, and knowledge of exclusive breastfeeding for 6 months by specialist nurses from breastfeeding clinic. Data were collected using a breastfeeding knowledge questionnaire, the Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS), a subjective norms questionnaire, a breastfeeding perceived behavioral control questionnaire, and an intention for exclusive breastfeeding for 6 months questionnaire. Data collection was conducted between September 2024 and August 2025, and data were analyzed using paired t-test and independent t-test statistics. The research findings showed that:

1. After receiving the program, the experimental group showed a significantly higher mean scores for knowledge ($M = 8.28, SD = 1.01$), attitude ($M = 68.80, SD = 6.51$), subjective norms ($M = 51.75, SD = 4.46$), perceived behavioral control ($M = 79.72, SD = 5.94$), and intention for exclusive breastfeeding for 6 months ($M = 45.55, SD = 3.08$) after participating in the program compared to before participating in the program, with statistical significance at the 0.001 level ($p\text{-value} < .001$).

2. After the intervention, the experimental group also demonstrated significantly higher mean scores for knowledge ($M = 8.28, SD = 1.01$), attitude ($M = 68.80, SD = 6.51$), subjective norms ($M = 51.75, SD = 4.46$), perceived behavioral control ($M = 79.72, SD = 5.94$), and intention for exclusive breastfeeding for 6 months ($M = 45.55, SD = 3.08$) compared to the control group, with statistical significance at the .001 level ($p\text{-value} < .001$).

Therefore, the breastfeeding promotion program for primiparous women based on the Theory of Planned Behavior can enhance knowledge, strengthen intention, and increase confidence in exclusive breastfeeding among first-time pregnant women. Nurses can implement this program in antenatal care clinics with other groups of pregnant women and monitor exclusive breastfeeding for six months and continued breastfeeding up to two years.

Keywords: Breastfeeding, Primigravida, Breastfeeding Promotion Program

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวดังแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีสำหรับทารกและมารดา (World Health Organization [WHO], 2023) องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำว่าทารกควรเริ่มกินนมแม่ภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด และกินนมแม่อย่างเดียวนในช่วง 6 เดือนแรก และเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิตให้สูงขึ้นเป็นอย่างน้อยร้อยละ 50 ในปี ค.ศ. 2025 (WHO, 2025; Department of Health, 2025) จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) พ.ศ. 2562 พบทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน ได้รับนมแม่อย่างเดียวยังร้อยละ 14 (National Statistical Office

of Thailand, 2020) และผลสำรวจล่าสุดใน พ.ศ. 2565 พบว่า มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.6 (National Statistical Office of Thailand, 2023) แต่ยังมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำกว่าเกณฑ์กำหนดไว้

องค์การอนามัยโลกเริ่มมีการผลักดันให้มีโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก (Baby-friendly Hospital initiative: BFHI) ในทั่วทุกภูมิภาค โดยกำหนดเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายใต้คำขวัญที่ว่า “Breastfeeding Just 10 steps” ทำให้ทุกประเทศทั่วโลกตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างกว้างขวาง (WHO, 2025) สำหรับประเทศไทยถือเป็นหนึ่งใน 11 ประเทศที่เป็นแกนนำในโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก ได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อีกทั้งผลักดันให้โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งนำแนวทางการดำเนินงานตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาใช้ ซึ่งในบันไดขั้นที่ 3 เป็นการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ซึ่งเป็นบันไดเริ่มต้นที่สำคัญของหญิงตั้งครรภ์ที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความตั้งใจ การรับรู้ และมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

หญิงตั้งครรภ์แรกเป็นกลุ่มที่สำคัญเพราะไม่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน ซึ่งการไม่เคยมีประสบการณ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์แรกขาดความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพบว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สาเหตุของการล้มเลิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ น้ำนมไม่ไหล หัวนมแตก ลูกไม่ดูดนม หญิงตั้งครรภ์แรกไม่ทราบว่าจะดูนมเพียงพอรหรือไม่ รวมถึงการได้รับการสนับสนุน และการได้รับข้อมูลที่ไมเหมาะสมจากบุคลากรทางสุขภาพ (กุสมวลี โพธิ์ปัสสา, วียะดา ทิพม่อม, กิตติยาพร สังข์ศรีสมบัติ, 2565) จากการศึกษาของ Kaewsarn, Moyle (2021) พบว่าประเด็นปัญหาของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ มารดาขาดความรู้ โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรกซึ่งไม่มีประสบการณ์มาก่อน อาจเกิดความเครียด ไม่มั่นใจในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ จำเป็นต้องได้รับการเตรียมตัวตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ (รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ, พรวิไล คล้ายจันทร์, ประไพศรี กาบมาลา, เยาวลักษณ์ มากา, 2024) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยสำคัญ คือ ความตั้งใจของหญิงตั้งครรภ์ที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับวนิดา ขวเจริญพันธ์, อาทิตยา แก้วน้อย, ศรีนคร มังคะมณี, กุสมล แสนบุญมา (2567) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนาน 6 เดือน ประกอบด้วย ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นต้น นอกจากนี้ความตั้งใจยังเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมและระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์แรกเมื่อหญิงตั้งครรภ์แรกตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ดีและเพิ่มระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (แสงเดือน จินดาไพศาล, ดวงเดือน ดวงสำราญ, สุภาวดี เนติเมธี, 2568) ความตั้งใจเป็นปัจจัยสำคัญลำดับแรกของผู้เป็นแม่ที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

อีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญคือความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอธิบายว่า บุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตนคิดว่าตนควรทำหรือไม่ควรทำพฤติกรรม ตนก็จะมีแนวโน้มที่จะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้น ๆ งานวิจัยของนิตยา ไชยรัตน์ และศศิกันต์ กาละ (2565) พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยพบว่า ย่า ยาย บุคลากรทางการแพทย์ แรงสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา สอดคล้องกับการศึกษาของ Butudom, McFarlin, Klima, Spatz, Kennelly, McCreary, et al., (2021) ได้ศึกษาผลลัพธ์ของนโยบาย ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงที่ทำงานในโรงงานแห่งหนึ่งในประเทศไทย พบว่ามารดาส่วนใหญ่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และมีการทำงานเป็นผลัดและมารดาได้รับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในขณะที่ปฏิบัติงานในโรงงานอยู่ในระดับยอดเยี่ยม และดีมาก นอกจากนี้ ทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยที่สำคัญมากเช่นกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามารดาที่มีทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับสูงมีโอกาสยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Sandhi, Nguyen, Lin-Lewry, Lee, Kuo (2023) ที่พบว่า มารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนาน และมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนานขึ้น ตลอดจนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ซึ่งใช้เป็น

วิธีการส่งเสริมความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สามารถเป็นแนวทางสนับสนุนการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องให้ประสบผลสำเร็จตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องจนถึง 6 เดือนหลังคลอด (อิงห์ย คำจุติ, ศศิกานต์ กาละ, 2565)

แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลขอนแก่น มีการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ตามแนวทางโรงเรียนพ่อแม่ มีเรื่องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ ประโยชน์ของนมแม่และการอุ้มลูกที่ถูกวิธี โดยให้ความรู้ในโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 1 ในไตรมาสแรก ซึ่งสอนแบบกลุ่มโดยพยาบาลแผนกฝากครรภ์ ไม่มีการฝึกปฏิบัติการอุ้มลูก การบีบเก็บน้ำนม การโอบกอดแบบเนื้อแนบเนื้อและการดูดเต้านมภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด เป็นต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์แรกเพื่อเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ออกแบบและสอนโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญจากคลินิกนมแม่ โดยมีการบรรยายให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติการสาธิตย้อนกลับในการส่งเสริมให้ความรู้กับหญิงตั้งครรภ์แรก ให้หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำให้เกิดความตั้งใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อคลอดลูกสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนและให้น้ำนมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยจนถึง 2 ปี หรือนานกว่านั้น

วัตถุประสงค์วิจัย

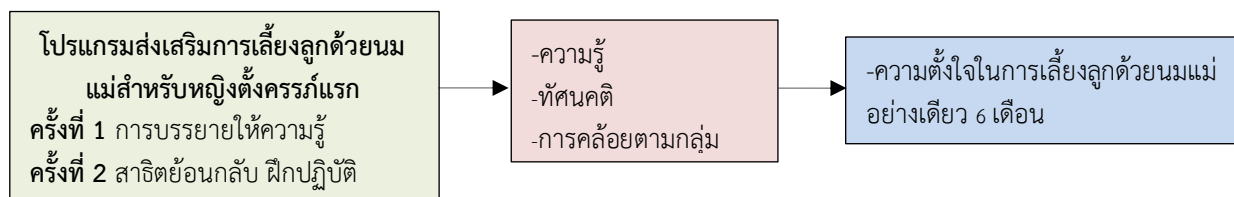
1. เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน หลังการทดลองมากกว่าก่อนทดลอง
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน หลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen (1991) ซึ่งอธิบายว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดนั้น เกิดจากปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ 1) ทัศนคติต่อพฤติกรรม 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม จะส่งผลต่อความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ออกมา หญิงตั้งครรภ์แรกเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือหยุดให้นมแม่ก่อนกำหนดเนื่องจากขาดประสบการณ์ ขาดความรู้ ขาดความมั่นใจ และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทั้งสามองค์ประกอบของทฤษฎี เพื่อส่งผลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน นอกจากนั้นผู้วิจัยได้เพิ่มตัวแปรความรู้เข้ามาในกรอบแนวคิดด้วย ซึ่งความรู้นี้อาจเป็นปัจจัยเบื้องต้นที่ส่งผลต่อทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยสรุป กรอบแนวคิดนี้จะสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจ จะส่งผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยทดสอบผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้อย่างครอบคลุมและเป็นระบบ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก และไม่เคยผ่านการตั้งครรภ์หรือแท้งบุตรมาก่อน ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลขอนแก่น ในระหว่าง กันยายน 2567 ถึง สิงหาคม 2568 จำนวน 660 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์แรก มีอายุครรภ์ในช่วงไตรมาสแรก คือ อายุครรภ์ไม่เกิน 13 สัปดาห์ 6 วัน ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลขอนแก่น 2) อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถพูดคุยสื่อสาร เขียนและอ่านภาษาไทยได้ 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และ 5) มีโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ตในการติดต่อสื่อสาร สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ ติดเชื้อไวรัสบางชนิด การรับประทานยาหรือติดสารเสพติดที่ไม่สามารถให้นมแม่หลังคลอดได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์แรก ที่ไม่เคยผ่านการตั้งครรภ์หรือแท้งบุตรมาก่อน ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลขอนแก่น คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม STATA, version 16.1 (StataCorp LLC, College Station, TX, USA) โดยใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มอิสระ (Test for Difference of Two Independent Means) โดยนำค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากงานวิจัยของ Zhang, Yuan, Ma (2021) ได้แก่ คะแนนความรู้ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ความสามารถ และการได้รับการสนับสนุนที่สำคัญจากผู้อื่น และจากงานวิจัยพบว่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนด้านทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เท่ากับ 9.23 ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.86 คำนวณ Standardized Effect Size ได้ Cohen's $d = 7.86/9.23 = 0.85$ กำหนดอำนาจการทดสอบที่ 0.80 และระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างที่มากที่สุดคือกลุ่มละ 34 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 รวมทั้งหมด 80 คน ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก โดยพิจารณาจากเลขประจำตัวโรงพยาบาล (HN) ถ้าเลขตัวสุดท้ายเป็นเลขคู่ กลุ่มตัวอย่างจะถูกจัดเข้าในกลุ่มทดลอง แต่ถ้าเลขประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างลงท้ายด้วยเลขคี่ กลุ่มตัวอย่างจะถูกจัดเข้ากลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย คู่มือการสอนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์แรก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เนื้อหาครอบคลุม ในเรื่อง ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเสี่ยงของการให้นมผสม การออกแบบนมแม่ และการดูแลทารกหลังคลอด การจัดทำอุ้งลูกและการดูนมแม่ที่ถูกต้อง สัญญาณหิวของทารก ให้นมลูกตามต้องการ การเตรียมความพร้อมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหลังคลอด และการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่ทำงานนอกบ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์แรก ประกอบด้วย อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา วันกำหนดคลอด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบันทึกเองในโทรศัพท์

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยข้อคำถามครอบคลุมประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเตรียมความพร้อมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับ หลังคลอด หลักการที่ทำให้นมแม่มาเร็ว การจัดท่าอุ้ม การบีบเก็บน้ำนม การระบายน้ำนมด้วยเครื่อง การขนส่งน้ำนม การเก็บน้ำนม การใช้ปั๊มนมที่เก็บไว้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บันทึกเอง ข้อคำถามเป็นชนิดปลายปิด มีทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบ 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของไอโอวา (The IOWA Infant Feeding Attitude Scale: IIFAS) แปลเป็นภาษาไทยโดย สมชาย โอวัฒนาพานิช, กชกร สมมิ่ง, พนิดา สุขประสงค์ (2558) จำนวน 17 ข้อ ใช้ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ คือ ไม่เห็นด้วยที่สุด ไม่เห็นด้วยเฉย ๆ เห็นด้วยและเห็นด้วยมากที่สุด มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 5 - 85 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้แบบประเมินการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของจิราพร วงศ์ใหญ่ (2554) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 12 - 60 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการให้บุตรในแม่ทำงานของ Thussanasupap, Lapvongwatana, Kalampakorn, Spatz (2016) แปลและดัดแปลงมาจาก แบบประเมิน Self- efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) ของ Dennis (2003) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถาม เป็นมาตรประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่มั่นใจเลย ไม่ค่อยมั่นใจ มั่นใจ เป็นบางครั้ง มั่นใจ และมั่นใจมาก มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 20 - 100 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เป็นแบบสอบถามความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของวันเพ็ญ ฤทธา, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, พิริยา ศุภศรี (2562) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ตั้งใจน้อยที่สุด ตั้งใจน้อย ตั้งใจปานกลาง ตั้งใจมาก และตั้งใจมากที่สุด มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 50 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำคู่มือการสอนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์แรก แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษหน่วยงานสูติกรรม 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาแต่ละชุดเท่ากับ 1.00 แล้วนำแบบทดสอบไปทดลองใช้ (Try Out) กับหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 30 ราย พบว่าแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder and Richardson (KR 20) (Kuder, Richardson, 1937) ได้เท่ากับ .81 แบบสอบถามทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, 1951) ได้เท่ากับ .83, .88, .93 และ .87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อพิจารณาวิธีการดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมในการวิจัย

2. ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยชี้แจงหัวหน้าแผนกฝากครรภ์และพยาบาลแผนกฝากครรภ์ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ การดำเนินการ และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงหลักเกณฑ์การปฏิบัติและแนวทางการทำการทดลอง

ขั้นก่อนการทดลอง

1. พยาบาลวิชาชีพแผนกฝากครรภ์ จำนวน 5 คน สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ตามการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการทำการวิจัย ขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยให้ลงนามยินยอมในแบบฟอร์มที่ห้องสอน สุขศึกษา ซึ่งเป็นห้องให้สุขศึกษาโดยตรง มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงรบกวนหรือหากอาสาสมัครต้องการศึกษา รายละเอียด และเวลาในการตัดสินใจ สามารถให้น่ากลับไปบ้าน และนำมาส่งในวันนัดหมายได้ หลังจากนั้นพยาบาล แผนกฝากครรภ์นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งที่ 1 ในนัดครั้งต่อไปซึ่งตรงกับเวลานัดมาฝากครรภ์ ตามปกติของแผนกฝากครรภ์ที่ห้องสอนสุขศึกษาของแผนกฝากครรภ์ โดยใช้ช่วงเวลาหลังจากซักประวัติจากพยาบาล หรือช่วงเวลารอเข้าพบแพทย์

2. ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยพิจารณาจากเลขประจำตัวโรงพยาบาล (HN) ถ้าเลขตัวสุดท้ายเป็นเลขคู่ กลุ่มตัวอย่างจะถูกจัดเข้าในกลุ่มทดลอง แต่ถ้าเลขประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างลงท้ายด้วยเลขคี่ กลุ่มตัวอย่างจะถูกจัดเข้ากลุ่มควบคุม โดยดำเนินการศึกษากับกลุ่มทดลอง 40 ราย และตามด้วยกลุ่มควบคุม 40 ราย

ขั้นทดลอง

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2 คน ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถาม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน โดยการสแกนคิวอาร์โค้ด ใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้กับหญิงตั้งครรภ์เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการบรรยาย ใช้สื่อ Power Point ในห้องสอนสุขศึกษาของแผนกฝากครรภ์ เป็นรายกลุ่มโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเสี่ยงการให้นมผสม ใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังจากนั้นนัดกลุ่ม ตัวอย่างอีกครั้งเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 ซึ่งตรงกับเวลานัดมาฝากครรภ์ตามปกติของแผนกฝากครรภ์ ในวันนัดฟัง ผลเลือดครั้งที่ 2 ซึ่งจะใช้เวลาหลังจากซักประวัติจากพยาบาลหรือช่วงเวลารอเข้าพบแพทย์

กิจกรรมครั้งที่ 2 ในวันนัดฟังผลเลือดครั้งที่ 2 ใช้เวลา 35 - 45 นาที

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้ความรู้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายกลุ่มโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการโอภกอดแบบเนื้อแนบเนื้อ และการดูดเร็ว สัญญาณหิวของทารก ให้นมลูกตามต้องการ การเตรียมความพร้อมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับ หลังคลอด และการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่ทำงานนอกบ้าน สาธิตการฝึกปฏิบัติ เกี่ยวกับท่าอุ้มลูก และการดูดนมแม่ที่ถูกต้อง และมีการสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการจัดท่าอุ้ม การบีบเก็บน้ำนม ให้ความช่วยเหลือในส่วน ที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และให้กำลังใจในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามทัศนคติในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถใน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน โดยการสแกน คิวอาร์โค้ด ใช้เวลาประมาณ 15 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อย ครบถ้วนของข้อมูล แล้วผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าเสร็จสิ้นการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างใน การเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน โดยการสแกนคิวอาร์โค้ด ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ในห้องสอนสุขศึกษาของแผนกผดุงครรภ์ และผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 ซึ่งตรงกับเวลานัดมาผดุงครรภ์ตามปกติของแผนกผดุงครรภ์ ในวันนัดฟังผลเลือดครั้งที่ 2 โดยใช้ช่วงเวลาหลังจากซักประวัติจากพยาบาลหรือช่วงเวลารอเข้าพบแพทย์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามปกติ ตามโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ของโรงพยาบาล เช่น การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น

กิจกรรมครั้งที่ 2 ในวันนัดฟังผลเลือดครั้งที่ 2 ใช้เวลา 15 นาที

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน โดยการสแกนคิวอาร์โค้ด ใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าเสร็จสิ้นการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการโอบกอดแบบเนื้อแนบเนื้อและการดูดเร็ว สัญญาณหิวของทารก การให้นมลูกตามต้องการ การเตรียมความพร้อมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหลังคลอด การวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่ทำงานนอกบ้าน สาธิตการฝึกปฏิบัติ เกี่ยวกับทำอุ้มลูกการดูดนมแม่ที่ถูกต้อง และมีการสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการจัดท่าอุ้ม การบีบเก็บน้ำนม ให้ความช่วยเหลือในส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และให้กำลังใจในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)
2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มใช้สถิติทดสอบ t – test
 - 2.1. วิเคราะห์เปรียบเทียบ ความรู้ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน ของหญิงตั้งครรภ์แรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired T test โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังทดสอบของกลุ่มทดลอง (Normality) ด้วย Kolmogorov-smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p\text{-value} > .05$)
 - 2.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบ ความรู้ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน ของหญิงตั้งครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent T-test โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของความแตกต่างระหว่างคะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Kolmogorov-smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p\text{-value} > .05$)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ KEF67023 ลงวันที่ 14 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 18 - 34 ปี ร้อยละ 75 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 52.50 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 9,001 บาท/เดือน ร้อยละ 65 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

หรือ ปวช. ร้อยละ 42.50 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 18 - 34 ปี ร้อยละ 90 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 47.50 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 9,001 บาท/เดือน ร้อยละ 75 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. ร้อยละ 42.50 เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบของ ฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุ (ปี)			
18 - 34	30 (75.00)	36 (90.00)	0.139
มากกว่า 35	10 (25.00)	4 (10.00)	
การประกอบอาชีพของหญิงตั้งครรภ์			
แม่บ้าน	12 (30.00)	7 (17.50)	0.215
เกษตรกร	0 (0.00)	3 (7.50)	
รับจ้าง	21 (52.50)	19 (47.50)	
ค้าขาย	4 (10.00)	6 (15.00)	
ข้าราชการ	1 (2.50)	0 (0.00)	
นักศึกษา	2 (5.00)	5 (12.50)	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9,000 บาท/เดือน	14 (35.00)	10 (25.00)	0.465
มากกว่า 9,001 บาท/เดือน	26 (65.00)	30 (75.00)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	2 (5.00)	0 (0.00)	0.366
มัธยมศึกษาตอนต้น	9 (22.50)	7 (17.50)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	17 (42.50)	17 (42.50)	
อนุปริญญา หรือ ปวส.	6 (15.00)	4 (10.00)	
ปริญญาตรี	6 (15.00)	12 (30.00)	

2. เปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะ ทักษะการคัดกรองตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน ของหญิงตั้งครรภ์แรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ ทักษะการคัดกรองตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired T-test

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		MD	df	t	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD				
กลุ่มทดลอง								
ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	6.75	1.51	8.28	1.01	-1.53	39	-7.20	<.001
ทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	58.38	6.71	68.80	6.51	-10.42	39	-9.10	<.001
การคัดกรองตามกลุ่มอ้างอิง	45.25	8.16	51.75	4.46	-6.50	39	-6.47	<.001
การรับรู้ความสามารถ	68.50	9.93	79.72	5.94	-11.22	39	-9.21	<.001

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		MD	df	t	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD				
ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียว 6 เดือน	37.40	6.46	45.55	3.08	-8.15	39	-10.16	<.001
กลุ่มควบคุม								
ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	6.33	1.96	6.23	1.64	.10	39	.68	.250
ทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	58.75	6.43	59.58	6.23	-.83	39	-1.59	.054
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	45.85	10.19	46.75	8.44	-.90	39	-1.58	.060
การรับรู้ความสามารถ	67.95	12.71	68.28	11.82	-.33	39	-.84	.201
ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียว 6 เดือน	36.20	7.43	36.70	1.02	-.50	39	-1.51	.069

MD = Mean Difference (ก่อน-หลัง)

จากตาราง 2 พบว่าในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง หญิงตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

3. เปรียบเทียบ ความรู้ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent T-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		MD	Df	t	p-value
	M	SD	D	SD				
ก่อนทดลอง								
ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	6.75	1.51	6.33	1.96	0.42	78	1.08	.282 ^a
ทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	58.38	6.7	58.75	6.40	-0.37	78	-0.25	.799 ^a
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	45.25	8.16	45.85	10.19	-0.60	78	-0.29	.722 ^a
การรับรู้ความสามารถ	68.50	9.93	67.95	12.71	0.83	78	0.21	.830 ^a
ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง	37.40	6.46	36.20	7.43	1.20	78	0.77	.444 ^a
เดียว 6 เดือน								
หลังทดลอง								
ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	8.28	1.01	6.23	1.64	2.05	78	6.72	<.001 ^b
ทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	68.80	6.51	59.58	6.23	9.22	78	6.46	<.001 ^b
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	51.75	4.46	46.75	8.44	5.00	78	3.31	.001 ^b
การรับรู้ความสามารถ	79.72	5.94	68.28	11.82	11.45	78	5.47	<.001 ^b
ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง	45.55	3.08	36.70	6.47	8.85	78	7.80	<.001 ^b
เดียว 6 เดือน								

^a2-tailed, ^b1-tailed

จากตารางพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$) ส่วนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .002$) (ตาราง 3)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์แรก ต่อความรู้ ทักษะคิด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มคะแนนความรู้ ทักษะคิด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของหญิงตั้งครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 6.75 เป็น 8.28 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Renuka, Shabadi, Kulkarni, Kumar, Anup, Murthy (2020) พบว่าก่อนการให้โปรแกรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์แรกพร่องความรู้ แต่หลังการให้โปรแกรมความรู้เข้าใจที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่รวมทั้งประโยชน์ เทคนิคการปฏิบัติ และการเตรียมตัวสำหรับปัญหาที่อาจเกิดขึ้น สามารถเพิ่มพูนความรู้ ทักษะคิดของหญิงตั้งครรภ์แรกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 58.38 เป็น 68.80 คะแนน ($p\text{-value} < .001$) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในทางบวกนี้มีความสำคัญ จากการศึกษาของ Naja, Chatila, Ayoub, Abbas, Mahmoud, MINA collaborators, et al. (2022) พบว่าทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และความตั้งใจที่แข็งแกร่งเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในเดือนที่ 4 หลังคลอด มีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวสูงขึ้น และมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sandhi, Nguyen, Lin-Lewry, Lee, Kuo (2023) ที่สนับสนุนผลการวิจัยนี้โดยพบว่ามารดาที่มีทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับสูงมีโอกาสยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อย ดังนั้นการปรับปรุงทัศนคติที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมนี้น่าจะมีศักยภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะยาว

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์แรก ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเพิ่มขึ้นจาก 45.28 เป็น 51.75 คะแนน ($p\text{-value} < .001$) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Butudom, McFarlin, Klima, Spatz, Kennelly, McCreary, et al., (2021) พบว่าการสนับสนุนจากสามี ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โปรแกรมนี้ได้เสริมศักยภาพหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถถ่ายทอดข้อมูลที่ถูกต้องแก่ครอบครัวและผู้ใกล้ชิด จึงช่วยเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในเชิงบวก

การรับรู้ความสามารถ การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถเพิ่มขึ้นจาก 68.50 เป็น 79.72 คะแนน ($p\text{-value} < .001$) การเพิ่มขึ้นนี้อาจเป็นผลมาจากการที่โปรแกรมมีการฝึกปฏิบัติการอุ้มลูก การบีบเก็บน้ำนม และการสาธิตย้อนกลับ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเอง การศึกษาของ ปวีณา สุรินทร์ประทีป, กนกอร ปัญญาโส, รวีวรรณ พูลเพิ่ม (2568) สนับสนุนผลการวิจัยนี้โดยระบุว่า การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการเริ่มต้นและดำเนินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ความตั้งใจเป็นปัจจัยสำคัญลำดับแรกของผู้เป็นแม่ที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความตั้งใจเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์แรกจาก 37.40 เป็น 45.55 คะแนน ($p\text{-value} < .001$) การเพิ่มขึ้นของความตั้งใจนี้สอดคล้องกับการศึกษา วนิดา ชวเจริญพันธ์, อาทิตยา แก้วน้อย, ศรีณธรมังคะมณี, กุศล สมบุญมา (2567) และ แสงเดือน จินดาไพศาล, ดวงเดือน ดวงสำราญ, สุภาวดี เนติเมธี (2568) ที่ชี้ว่าความตั้งใจเป็นตัวทำนายสำคัญของพฤติกรรมหลังคลอด กล่าวคือ มารดาที่มีความตั้งใจชัดเจนตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูง

โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้อัตนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของหญิงตั้งครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญ การสอนโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกนมแม่ การฝึกปฏิบัติและการสาธิตย้อนกลับ และการให้ความรู้หลายครั้งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความสำเร็จ ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหน่วยงานสาธารณสุข โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์แรกที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสำคัญในการไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การนำผลวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาโปรแกรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์แรก สามารถนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการให้การศึกษแก่หญิงตั้งครรภ์แรก โดยจัดให้มีการบรรยายให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ และการสาธิตย้อนกลับอย่างครอบคลุม เน้นการฝึกทักษะปฏิบัติ เช่น การจัดท่าอุ้ม การบีบเก็บน้ำนม และการโอบกอดแบบเนื้อแนบเนื้อ และเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลเฉพาะด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควรส่งเสริมพัฒนา แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข ให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยให้ผ่านการอบรมหลักสูตรการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้สามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะที่ถูกต้องแก่หญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการจัดตั้งคลินิกนมแม่ในทุกโรงพยาบาล

3. การนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการดำเนินงานตามมาตรฐาน Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) ผลการวิจัยสนับสนุนการนำบันไดขั้นที่ 3 ของ BFHI มาใช้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพโรงพยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ให้บรรลุเป้าหมายของประเทศและองค์การอนามัยโลก และสามารถขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาติดตามผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอด การวิจัยครั้งนี้วัดเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของความรู้ อัตนคติ การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในระยะตั้งครรภ์ การวิจัยครั้งต่อไปควรเป็นการศึกษาแบบติดตามผลระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อประเมินพฤติกรรมผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอด โดยติดตามอัตราการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ถึง 1 - 2 ปี

2. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมในบริบทที่แตกต่างกัน การวิจัยนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลเดียว จึงจำกัดการนำผลไปใช้ในบริบทอื่น ควรมีการศึกษาแบบการวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) ในโรงพยาบาลหลายแห่ง ทั้งในเขตเมืองและชนบท โรงพยาบาลขนาดต่างกัน และในภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการขยายผลโปรแกรม รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมในแต่ละบริบท เช่น ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจสังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่น

3. การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมแบบผสมผสานที่รวมเทคโนโลยีดิจิทัล จากแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น การวิจัยครั้งต่อไปควรพัฒนาโปรแกรมแบบผสมผสาน (Blended Learning) ที่รวมการให้การศึกษาแบบเผชิญหน้ากับการใช้แอปพลิเคชันมือถือหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง การติดตามการปฏิบัติ และการให้คำปรึกษาแบบเรียลไทม์ รวมถึงการศึกษาประสิทธิภาพด้านต้นทุนของโปรแกรมใหม่เมื่อเปรียบเทียบกับโปรแกรมแบบดั้งเดิม

รายการอ้างอิง

- กุสุมาลี โพธิ์ปัสสา, วิยะดา ทิพม่อม และกิตติยาพร สังข์ศรีสมบัติ. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา อย่างเดียว 6 เดือนในทารกแรกเกิด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 25(3), 154-167.
- จิราพร วงศ์ใหญ่. (2554). ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมเพียงอย่างเดียวของสตรีตั้งครรภ์. *พยาบาลสาร*, 38(1), 17-26.
- นิตยา ไชยรัตน์ และศศิกานต์ กาละ. (2565). ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(1), 121-134.
- ปวีณา สุรินทร์ประทีป, กนกอร ปัญญาโส และรวีวรรณ พูลเพิ่ม. (2568). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยกต่อการตัดสินใจรับรู้ความสามารถและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์ ที่ทำงานนอกบ้าน. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(3), 45-65.
- รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ, พรวิไล คล้ายจันทร์, ประไพศรี กาบมาลา และเยาวลักษณ์ มาก่า. (2024). ปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรกในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 4(3), e270906.
- วนิดา ขวเจริญพันธ์, อาทิตยา แก้วน้อย, ศรีนคร มังคะมณี, และกุสมล แสนบุญมา. (2567). การเปรียบเทียบความตั้งใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยกใน 6 เดือนแรกระหว่างมารดาหลังคลอดชาวไทยและชาวต่างชาติ ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*, 6(3), 1-15.
- วันเพ็ญ ฤทธา, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และพิริยา ศุภศรี. (2562). ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยก 6 เดือน ของมารดาหลังคลอดที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(3), 66-78.
- สมชาย โอวัฒนาพานิช, กชกร สมมั่ง และพนิดา สุขประสงค์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(2), 200-210.
- แสงเดือน จินดาไพศาล, ดวงเดือน ดวงสำราญ และสุภาวดี เนติเมธี. (2568). ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยก 6 เดือนของหญิงตั้งครรภ์ในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์*, 38(1), 35-51.
- อิงหทัย คำจตุ และศศิกานต์ กาละ. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยก 6 เดือน ของมารดาทำงานนอกบ้าน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(1), 107-120.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Butudom, A., McFarlin, B. L., Klima, C. S., Spatz, D. L., Kennelly, J. F., McCreary, L. L., et al. (2021). Behavior outcomes of breastfeeding-friendly policies among Thai mothers working in a

- factory: A descriptive study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(1), 87-101.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Dennis, C. L. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(6), 734-744.
- Department of Health. (2025). *The Ministry of Public Health, in Collaboration with Its Network, has Set a Target for 2025 that at Least 50% of Thai Infants will be Exclusively Breastfed for the First 6 months*. Retrieved April 21, 2024 from <https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai/12565#>.
- Kaewsarn, P., & Moyle, W. (2021). Breastfeeding experiences among Thai adolescent mothers: A descriptive qualitative study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(1), 102-115.
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151-160.
- Naja, F., Chatila, A., Ayoub, J. J., Abbas, N., Mahmoud, A., MINA collaborators, et al. (2022). Prenatal breastfeeding knowledge, attitude and intention, and their associations with feeding practices during the first six months of life: A cohort study in Lebanon and Qatar. *International Breastfeeding Journal*, 17(1), 15.
- National Statistical Office of Thailand. (2020). *Thailand Multiple Indicator Cluster Survey 2019, Survey Findings Report*. Bangkok, Thailand: National Statistical Office of Thailand.
- National Statistical Office of Thailand. (2023). *Thailand Multiple Indicator Cluster Survey 2022, Survey Findings Report*. Bangkok, Thailand: National Statistical Office of Thailand.
- Renuka, M., Shabadi, N., Kulkarni, P., Kumar, D. S., Anup, G., & Murthy, M. N. (2020). Effectiveness of educational intervention on breastfeeding among primi pregnant women-a longitudinal study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 8(4), 1306-1311.
- Sandhi, A., Nguyen, C. T. T., Lin-Lewry, M., Lee, G. T., & Kuo, S. Y. (2023). Effectiveness of breastfeeding educational interventions to improve breastfeeding knowledge, attitudes, and skills among nursing, midwifery, and medical students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse education today*, 126, 105813.
- Thussanasupap, B., Lapvongwatana, P., Kalampakorn, S., & Spatz, D. L. (2016). Effects of the community-based breastfeeding promotion program for working mothers: A quasi-experimental study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(3), 196-209.
- World Health Organization. (2023). *Early Initiation of Breastfeeding to Promote Exclusive Breastfeeding*. Retrieved April 9, 2024 from <https://www.who.int/tools/elena/interventions/early-breastfeeding>.
- World Health Organization. (2025). *Breastfeeding*. Retrieved April 21, 2024 from <https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab3>.
- World Health Organization. (2025). *Nutrition and Food Safety*. Retrieved April 21, 2024 from <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/ten-steps-to-successful-breastfeeding>.



Zhang, Y., Yuan, R., & Ma, H. (2021). Effect of the theory of planned behavior on primipara breastfeeding. *Annals of Palliative Medicine*, 10(4), 4547554-4544554.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในเขตเมือง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล Effects of a Self-Efficacy Promotion Program on Stroke Prevention Behaviors in Urban Hypertensive Patients with Uncontrolled Blood Pressure at Vajira Hospital

วิริยา คำฤชา¹, รัตนาภรณ์ ทุมคำ¹, กัมพล อินทรทะกุล^{2*}, เสาวนีย์ สุขทองกลาง¹, ชนิภรณ์ ลีลาประเสริฐวงศ์³
Viriya Comluecha¹, Ratanaporn Thumkam¹, Kampon Introntakun^{2*}, Saowanee Sukthonglang¹,
Chaniporn Leelaprasertwong³

¹ห้องตรวจอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

²หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

³ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

¹Internal medicine outpatient clinic, Faculty of medicine vajira hospital, Navamindradhiraj university

²Mahavajiravudh ward 6A, Faculty of medicine vajira hospital, Navamindradhiraj university

³Department of Internal Medicine, Faculty of medicine vajira hospital, Navamindradhiraj university

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ในเขตเมือง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของแบนดูรา และสมุดคู่มือสุขภาพ 2) เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยโปรแกรมฯ สมุดคู่มือสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมฯ มีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .92, 1.00 และ .86 ตามลำดับ แบบประเมินพฤติกรรมฯ มีความเที่ยง เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired T-test และสถิติ Independent T-test ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและงานส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ทั้งในเขตเมืองและพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง ควบคุมไม่ได้ เขตเมือง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Kampon.int@gmail.com)

Abstract

This two-group pre-posttest quasi-experimental study aimed to examine the effects of a self-efficacy enhancement program on stroke prevention behaviors among patients with uncontrolled hypertension living in an urban area at Vajira Hospital. The sample consisted of 60 participants who were purposively selected and assigned to the experimental and control groups, with 30 participants in each group. The research instruments consisted of: 1) the experimental instruments, including the self-efficacy enhancement program developed based on Bandura's concept and a health education handbook; and 2) the data collection instruments, including a personal information questionnaire and a stroke prevention behavior assessment form. Three experts evaluated the content validity of the program, the health education handbook, and the behavior assessment form, yielding content validity indices of .92, 1.00, and .86, respectively. The behavior assessment form demonstrated a reliability coefficient of .85. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test. The results revealed that

1) After the intervention, the experimental group had a significantly higher mean score in stroke prevention behavior than pre-intervention scores ($p\text{-value} < .05$).

2) After the intervention, the experimental group also had a significantly higher mean score in stroke prevention behaviors than the control group ($p\text{-value} < .05$).

These findings can serve as a foundation for developing clinical practices and health promotion strategies for stroke prevention. Healthcare teams may consider applying the self-efficacy enhancement program for patients with uncontrolled hypertension in urban settings or in other communities with similar characteristics.

Keywords: Self-efficacy Promotion Program, Stroke Prevention Behavior, Uncontrolled Hypertension, Urban Area

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยมากกว่า 1 พันล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ 54 ที่ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 42 ได้รับการรักษา และเพียงร้อยละ 21 ที่ควบคุมโรคได้สำเร็จ (World Health Organization, 2024) โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกตะวันตก ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 14 ระหว่างปี ค.ศ. 1990 – 2022 (Kario, Okura, Hoshide, Mogi, 2024) ในสหรัฐอเมริกา ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพระดับชาติพบว่า อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงคงที่ร้อยละ 32 ของผู้ใหญ่ แต่สัดส่วนการควบคุมโรคลดลงจากร้อยละ 54.11 (ค.ศ. 2013 – 2014) เหลือร้อยละ 48.33 (ค.ศ. 2017 – 2020) และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 51.11 ในปี ค.ศ. 2021 – 2023 (Hardy, Jaeger, Foti, Ghazi, Wozniak, Muntner, 2025) สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยกว่า 10.5 ล้านคน หรือคิดเป็นความชุกเฉลี่ยร้อยละ 24.77 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป และมากกว่าร้อยละ 50 ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่การควบคุมโรคยังเป็นอุปสรรคใหญ่ ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ ส่งผลให้เสี่ยงโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) แนวโน้มทั้งระดับโลกและไทยจึงสะท้อนถึงความเร่งด่วนในการป้องกัน คัดกรอง และจัดการปัจจัยเสี่ยง ทั้งพฤติกรรมการบริโภคเกลือสูง การไม่ออกกำลังกาย และความเครียดจากสิ่งแวดล้อมของบริบทเมือง (Kurathong, 2017)

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องอาศัยพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การลดการบริโภคโซเดียม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตรวจวัด

ความดันโลหิตเป็นประจำ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (European Renal Association, 2023; Kreutz, Brunström, Burnier, Grassi, Januszewicz, Muiesan, et al., 2024) พฤติกรรมดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งความรู้ ความตระหนักถึงความเสี่ยง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โรคร่วม เช่น เบาหวานหรือไตเรื้อรัง รวมถึงปัจจัยภายนอก เช่น ความเครียดและพฤติกรรมบริโภคเกลือสูง ซึ่งอาจทำให้ควบคุมความดันได้ยาก ส่งผลให้เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น (Robert & Whelton, 2018) โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าการเพิ่มค่าความดันซิสโตลิกเพียง 20 มม.ปรอท สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงสองเท่า (World Health Organization, 2024) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การติดตามผ่านสื่อดิจิทัล และโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (พรธิรา บุญฉวี และปชาณัฐ นันไทยทวิกุล, 2567; วงเดือน วงศ์อนันต์, 2567) ซึ่งช่วยเสริมแรงจูงใจ เพิ่มความเชื่อมั่น และสนับสนุนการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจึงเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมความดันโลหิตและลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านโภชนาการ การจำกัดโซเดียม การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น บุหรี่และแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ต้องอาศัยความรู้ ความเชื่อมั่น และแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติ (ชวนพิศ เจริญพงศ์ และจรีภรณ์ เจริญพงศ์, 2565; สมศรี ภูแพง, 2567) โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจึงเป็นแนวทางที่มีความสำคัญ เนื่องจากพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของแบนดูล่า ซึ่งอธิบายว่าสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นปัจจัยหลักที่กำหนดความเชื่อ ความสามารถ และความตั้งใจของบุคคลในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยสี่แหล่งข้อมูล ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง การเห็นตัวแบบ การได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจ และการจัดการภาวะอารมณ์ โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษานี้จึงออกแบบกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการให้ความรู้และติดตามพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้นและลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ (พรธิรา บุญฉวี และปชาณัฐ นันไทยทวิกุล, 2567)

แม้ว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจะมีความสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ที่ควบคุมความดันไม่ได้ (ชวนพิศ เจริญพงศ์ และจรีภรณ์ เจริญพงศ์, 2565; Sermsinsiri, Sriklo, 2025) แต่งานวิจัยที่มีอยู่ส่วนใหญ่ดำเนินการในผู้สูงอายุหรือประชากรในพื้นที่ชนบท (ชินกรณ แดนกาไสย, ศุภวรรณ ยอดโปร่ง, จันทร์จิรา อินจัน, ชัยวัฒน์ อินไชยา และอรอุมา แก้วเกิด, 2566; วงเดือน วงศ์อนันต์, 2567; นวพร วุฒิธรรม, รัตนา ชอนทอง และชุตินา สมประดิษฐ์, 2563) ขณะที่การศึกษาในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันไม่ได้ในเขตเมืองยังมีจำนวนจำกัด นอกจากนี้ ยังไม่พบโปรแกรมที่ใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตนเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ในบริบทเขตเมือง ซึ่งชี้ให้เห็นช่องว่างขององค์ความรู้ที่ยังไม่ได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเขตเมือง เช่น โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งมีลักษณะด้านสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตแตกต่างจากพื้นที่ชนบท ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่มุ่งเน้นพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ในเขตเมือง เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปใช้ได้จริงในทางคลินิก

วัตถุประสงค์วิจัย

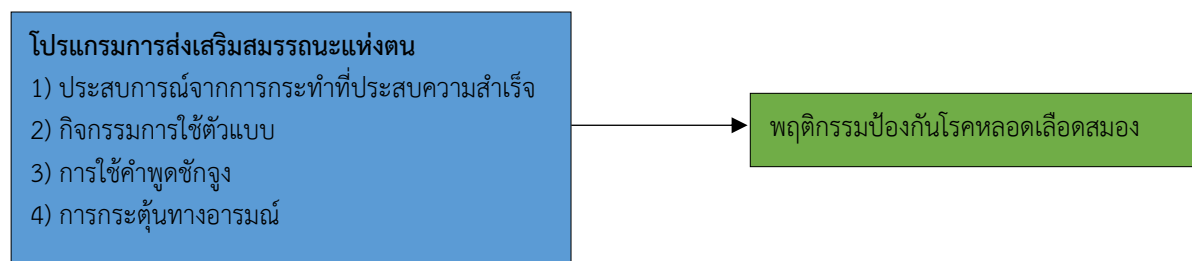
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

สมมติฐานวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ซึ่งเป็นแนวคิดหลักในทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1977) เป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบโปรแกรม โดยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจะช่วยให้บุคคลสามารถกระทำพฤติกรรมใด ๆ ได้สำเร็จ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเริ่มต้นความต่อเนื่อง และความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เมื่อต้องเผชิญกับความท้าทายในการควบคุมพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ที่นำมาใช้ในการศึกษานี้พัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบหลัก 4 ด้านของแบนดูรา คือ ประสบการณ์จากการกระทำที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นแบบอย่างจากบุคคลอื่น การสื่อสารโดยชักจูงใจ และสถานะทางอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ มีความเชื่อมั่นและแรงจูงใจภายในในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถสรุปกรอบแนวคิดดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups, Pretest-posttest Design) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเมษายน - กันยายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg ซึ่งเข้ารับบริการที่ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) เพศชายและเพศหญิง มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ตามทะเบียนบ้านหรือพักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 3) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 - 180/99 มม.ปรอท ย้อนหลัง 3 เดือน และได้รับยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด 4) มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับพึ่งพาบางส่วนถึงพึ่งพาตนเองได้ โดยมีคะแนน Barthel ADL Index ตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป 5) ไม่มีประวัติสมองเสื่อมหรือมีคะแนน Mini Cog test มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนขึ้นไป 6) มีความสนใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย 7) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ได้ เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 2) ทำแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่ครบ 2 ครั้ง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง .50 อ้างอิงจากงานวิจัยของ Sermsinsiri, Sriklo (2025)

ได้ตัวอย่างวิจัย 48 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 25 เป็นขนาดตัวอย่าง 60 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 ราย และจากการศึกษาพบว่าไม่มีการสูญหาย (Drop-out = 0)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Pair) เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การจับคู่ 2 ประการ ได้แก่ 1) เพศ ซึ่งผู้เข้าร่วมในแต่ละคู่ต้องเป็นเพศเดียวกัน และ 2) อายุ ซึ่งผู้เข้าร่วมในแต่ละคู่ต้องมีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เนื่องจากเพศและอายุเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Wongduan, 2024) ภายหลังการจับคู่ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without Replacement) เพื่อเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Polit & Beck, 2021)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีรายละเอียดในแต่ละส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในเขตเมือง พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ การเห็นแบบอย่าง การชักจูงด้วยคำพูด และการจัดการภาวะอารมณ์ โปรแกรมดำเนินการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีการส่งสื่อความรู้ในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Book: E-Book) การให้คำแนะนำรายสัปดาห์ และการติดตามพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ลดเครียด เลิกบุหรี่ และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมจะได้รับ สมุดสุขภาพ สำหรับจดบันทึกค่าความดันโลหิตและพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละวัน เพื่อติดตามผลรายสัปดาห์

1.2 สมุดคู่มือสุขภาพชื่อ รู้ทัน ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยพลังแห่งตนเอง จัดทำในรูปแบบ E-Book และสื่อสิ่งพิมพ์แบบเล่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ภายในสมุดคู่มือประกอบด้วยเนื้อหาหลัก คือ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย แนวทางการดูแลตนเองตามหลัก 3อ 2ส 1ย (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และการรับประทานยา: 3อ 2ส 1ย) และแบบบันทึกค่าความดันโลหิตและกิจกรรมสุขภาพประจำวัน ให้ผู้ป่วยบันทึกด้วยตนเองผ่านสื่อสิ่งพิมพ์แบบเล่ม เพื่อใช้ในการติดตามผลและปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เป็นต้น

2.2 แบบประเมินระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีองค์ประกอบคือ 3อ 2ส 1 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จำนวน 30 ข้อ มีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด มีคะแนนรวมระหว่าง 30 - 150 คะแนน การแปลความค่าเฉลี่ยพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ระดับพฤติกรรมมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ระดับพฤติกรรมมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับพฤติกรรมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับพฤติกรรมน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ระดับพฤติกรรมน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน สมุดคู่มือสุขภาพ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .92, 1.00, 1.00 และ .86 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยง (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว โดยนำแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณจากสูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .85 สำหรับโปรแกรมฯ และสมุดคู่มือสุขภาพ นำไปศึกษานำร่อง (Pilot Study) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย พบว่า โปรแกรมฯ และสมุดคู่มือสุขภาพ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนทดลอง

1. สันทนากลุ่มและทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพเพื่อทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ และศึกษารรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้ในการออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทเขตเมือง

2. พัฒนาโปรแกรม ออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิด Bandura ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นสื่อหลักในการให้ข้อมูลและติดตามพฤติกรรม

3. จัดทำเครื่องมือวิจัย พัฒนาแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสมุดคู่มือสุขภาพให้ควมรู้ด้านสุขภาพ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

4. ขอรับรองจริยธรรม ขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ระยะทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนดำเนินกิจกรรมรวม 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม เปิดใจเรียนรู้ สู่การเปลี่ยนแปลง ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ผู้เข้าร่วมได้รับการประเมินสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Pre-test) พร้อมรับสื่อความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และแนวทางการดูแลตนเอง สำหรับการส่งเนื้อหาและกิจกรรมรายสัปดาห์ ทีมผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมได้ตกลงกำหนดวันและเวลาที่สะดวกตรงกันผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และมีการติดตามการตอบกลับอย่างต่อเนื่อง หากผู้เข้าร่วมไม่ส่งข้อมูลตามนัดหมาย ผู้วิจัยจะติดต่อเพื่อเตือน สอบถามสาเหตุ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม 2 เริ่มลงมือ ทำจริงเพื่อสุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที โดยผู้เข้าร่วมได้รับการกิจรายบุคคล เช่น ลดเค็มในอาหาร เดินวันละ 15 นาที ควบคู่กับสื่อสนับสนุนเพิ่มเติม ผ่าน E-book และข้อความสั้น ส่งเสริมให้รายงานผลการปฏิบัติผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ประจำสัปดาห์ เพื่อสะท้อนความสำเร็จของตนเอง และได้รับข้อเสนอแนะแบบเฉพาะราย

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 ก้าวต่ออย่างมั่นใจ พร้อมการติดตาม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยดำเนินการติดตามความก้าวหน้าในพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ เช่น ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย การเข้ายา การลดพฤติกรรมเสี่ยง โดยส่งข้อความเตือนผ่านไลน์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลตามพฤติกรรมและบริบทชีวิตของผู้เข้าร่วม

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 ตั้งเป้าหมายใหม่ สร้างแผนให้ชัด ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที โดยผู้เข้าร่วมประเมินผลการปฏิบัติตนในช่วงที่ผ่านมา พร้อมทบทวนและปรับเป้าหมายรายบุคคล โดยนักวิจัยให้ข้อเสนอแนะแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง พร้อมส่งข้อความสร้างแรงจูงใจเพื่อคงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 5-7 กิจกรรมที่ 5 เดินต่อไป ไม่เคยตาย ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาทีต่อสัปดาห์ โดยดำเนินการส่งข้อความสนับสนุน รายงานกรณีศึกษาของผู้ที่ประสบความสำเร็จ และแนะนำตัวแบบในรูปแบบที่หลากหลาย (ข้อความ ภาพ เรื่องเล่า) เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสอบถามปัญหาหรือแบ่งปันความสำเร็จในท้องถิ่นส่วนตัว พร้อมทั้งกระตุ้นให้เกิดการนำแนวทางที่ได้รับไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมที่ 6 ทบทวนเส้นทาง สานต่อสุขภาพดี (ประมาณ 60 นาที) ผู้เข้าร่วมได้รับการประเมินซ้ำด้านสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันโรค พร้อมคำแนะนำสำหรับการดูแลสุขภาพระยะยาว และการวางแผนสุขภาพด้วยตนเอง

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลปกติ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองตามแนวทางมาตรฐานสำหรับโรคความดันโลหิตสูง เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และการทานยาอย่างสม่ำเสมอ จากนั้นผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Pre-test)

ระยะหลังทดลอง

เมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Post-test) โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกับช่วงก่อนเริ่มโปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

- วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Chi-square Test และ Fisher's Exact Test
- เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ โดยตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่า p -value = .27 ซึ่งมากกว่า .05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Paired T-test
- เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-wilk Test พบว่า p -value = .37 ซึ่งมากกว่า .05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Independent T-test

จริยธรรมวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่โครงการ 089/68 E ลงวันที่ 26 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภูมิภาค	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.00*
ชาย	14	46.67	14	46.67	
หญิง	16	53.33	16	53.33	

ภูมิหลัง	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					1.00*
31 – 40	3	10.00	3	10.00	
41 – 50	3	10.00	3	10.00	
51 – 60	11	36.67	11	36.67	
มากกว่า 61	13	43.33	13	43.33	
สถานภาพ					.21*
โสด	5	16.67	2	6.67	
คู่	19	63.33	25	83.33	
หม้าย	6	20.00	3	10.00	
ระดับการศึกษา					.92**
ประถมศึกษา	15	50.00	13	43.33	
มัธยมศึกษา/ปวช.	5	16.67	5	16.67	
อนุปริญญา/ปวส.	5	16.67	4	13.33	
ปริญญาตรี	4	13.33	6	20.00	
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.33	2	6.67	
รายได้ (บาท)					.397**
น้อยกว่า 10,000	3	10.00	1	3.33	
10,001 – 20,000	7	23.33	6	20.00	
20,001 – 30,000	2	6.67	4	13.33	
30,001 – 40,000	2	6.67	6	20.00	
40,001 – 50,000	12	40.00	12	40.00	
มากกว่า 50,001	4	13.33	1	3.34	
อาชีพ					.31**
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	30.00	10	33.33	
รับจ้าง	10	33.33	13	43.33	
รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	26.67	6	20.00	
ค้าขาย	3	10.00	1	3.34	
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดัน (ปี)					.41*
น้อยกว่า 5	8	26.67	11	36.67	
มากกว่า 5	22	73.33	19	63.33	
โรคร่วม					.50*
มี	25	83.33	24	80.00	
ไม่มี	5	16.67	6	20.00	

*Chi-square, ** Fisher's Exact Test

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน พบว่ากลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 53.33 อายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 36.67 และมากกว่า 61 ปี ร้อยละ 43.33 สถานภาพคู่สมรส ร้อยละ 83.33 ระดับการศึกษาคือประถมศึกษา ร้อยละ 43.33 ปริญญาตรี ร้อยละ 20.00 รายได้ อยู่ในช่วง 40,001 – 50,000 บาท ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.33 และป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 63.33 โดยมีโรคร่วม ร้อยละ 80.00

กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 อายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 36.67 และมากกว่า 61 ปี ร้อยละ 43.33 สถานภาพคู่สมรส ร้อยละ 63.33 ระดับการศึกษาคือประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 รายได้ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 40,001 – 50,000 บาท ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.33 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วย มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 73.33 โดยมีโรคร่วม ร้อยละ 83.33 ทั้งนี้พบว่าผลการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในเขตเมือง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม สมรรถนะแห่งตน

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Paired T-test

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		<i>t</i>	<i>p-value</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.69	.26	2.74	.27	.69	.50
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.66	.32	3.12	.23	16.43	<.001*

* $p\text{-value} < .05$

จากตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่า กลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง ($M = 2.69$, $SD = .26$) และหลังทดลอง ($M = 2.74$, $SD = .27$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .69$, $p\text{-value} = .50$) ขณะที่ในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง ($M = 2.66$, $SD = .32$) และหลังทดลอง ($M = 3.12$, $SD = .23$) พบว่ามีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 16.43$, $p\text{-value} < .001$)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในเขตเมือง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม สมรรถนะแห่งตน

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Independent T-test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนทดลอง						
พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.69	.26	2.66	.32	.47	.64
หลังทดลอง						
พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.74	.27	3.12	.23	5.97	<.001*

* $p\text{-value} < .05$

จากตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม ($M = 2.69$, $SD = .26$) และกลุ่มทดลอง ($M = 2.66$, $SD = .32$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .47$, $p\text{-value} = .64$) ส่วนหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยกลุ่มควบคุม ($M = 2.74, SD = .27$) และคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลอง ($M = 3.12, SD = .23$) พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.97, p\text{-value} < .001$)

การอภิปรายผล

1. หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) ซึ่งอธิบายว่า เมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์ที่ช่วยเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตน ความตั้งใจและความต่อเนื่องในการปรับพฤติกรรมสุขภาพจะเพิ่มขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีคูสมรส ร้อยละ 83.33 และอาศัยอยู่ในเขตเมือง กิจกรรมในโปรแกรม เช่น การกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพ การให้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องสอดคล้องกับชีวิตจริง และการติดตามให้กำลังใจรายสัปดาห์ ช่วยกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมพฤติกรรมได้จริง ซึ่งเป็นเส้นทางสำคัญในการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนตาม ทฤษฎี (Self-efficacy Pathway) โดยการมีคูสมรสยังทำหน้าที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งเสริมการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง เช่น การเตือนรับประทานยา การเลือกรับประทานอาหาร และการติดตามค่าสุขภาพรายวัน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชินกรณ แดนกาไสย, ศุภวรรณ ยอดโปร่ง, จันทร์จิรา อินจัน, ชัยวัฒน์ อินไชยา และอรอุมา แก้วเกิด (2566) เนื่องจากโปรแกรมที่ออกแบบเพื่อเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยส่งเสริมการตระหนักรู้บทบาทของตนเองและเพิ่มทักษะที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร วุฒิธรรม, รัตนา ช้อนทอง และชุตติยา สมประดิษฐ์ (2563) เนื่องจากสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งบ่งชี้ว่ากิจกรรมที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น

2. หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ได้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการปฏิบัติจริงและการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปกติ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมมีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งมีข้อจำกัดด้านเวลาและการเดินทาง การนำเสนอเนื้อหาผ่านสื่อดิจิทัลและการเรียนรู้แบบยืดหยุ่น จึงเอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมความรู้สึกรับอำนาจในการควบคุมสุขภาพของตนเอง จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถปรับใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับ Sermsinsiri, Sriklo (2025) เนื่องจากการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการวางแผน ควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ และปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชวนพิศ เจริญพงศ์ และจรัสกรณ เจริญพงศ์ (2565) เนื่องจากการจัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลตนเอง ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ วงเดือน วงศ์อนันต์ (2567) เนื่องจากการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและลงมือปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องอาศัยความสามารถในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการเกี่ยวกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งมีลักษณะการดำเนินชีวิตเฉพาะ เช่น ความหนาแน่นของประชากร สภาพแวดล้อม และรูปแบบการใช้ชีวิตที่เร่งรีบ ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่แตกต่างจากบริบทอื่น ๆ ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับประชากรในเขตเมือง และอาจไม่สามารถอ้างอิงแทนประชากรในพื้นที่ชนบทหรือบริบทที่แตกต่างทางสังคมและเศรษฐกิจได้โดยตรง

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. บุคลากรสุขภาพสามารถนำกิจกรรมที่ช่วยเสริมความเชื่อมั่นของผู้ป่วยไปประยุกต์ใช้ เช่น กิจกรรมเปิดใจเรียนรู้และการสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเสี่ยงของตนเองและเกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น
2. สถานบริการสาธารณสุขสามารถใช้รูปแบบการสื่อสารและติดตามตามโปรแกรม เช่น การส่งข้อมูลสุขภาพและการบ้านประจำสัปดาห์ผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกับบริบทเมือง ช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่ององค์กรสามารถประยุกต์ใช้วิธีนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีข้อจำกัดด้านเวลา
3. หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถใช้ผลวิจัยนี้เป็นแนวทางพัฒนาโครงการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยสนับสนุนการใช้ การสื่อสารและติดตามด้วยสื่อดิจิทัลร่วมกับการกระตุ้นแรงจูงใจ ซึ่งเหมาะสมกับบริบทเมืองและประชากรกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมในพื้นที่นอกเขตเมืองหรือในชุมชนที่มีบริบททางเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างออกไป เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และเพิ่มความครอบคลุมในการอธิบายผลการวิจัย
2. ควรมีการติดตามผลระยะยาวหลังการทดลองหรือทำการวัดซ้ำ เพื่อประเมินว่าพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความต่อเนื่องและนำไปสู่ผลทางสุขภาพที่ชัดเจนหรือไม่ เช่น การควบคุมความดันโลหิตหรือลดความเสี่ยงของโรคในระยะยาว
3. ควรพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบแอปพลิเคชัน (App-based Intervention Development) เพื่อเพิ่มความสะดวกในการใช้งาน การติดตามพฤติกรรม และการสื่อสารกับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้การส่งเสริมพฤติกรรมเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง

รายการอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2567 – 2570*. สำนักงานเลขานุการการขับเคลื่อนแผนโรคไม่ติดต่อชาติ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- ชวนพิศ เจริญพงศ์ และจุริภรณ์ เจริญพงศ์. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(3), 71-81.
- ชินกรณ แดนกาไสย, ศุภวรรณ ยอดโปร่ง, จันทร์จิรา อินจัน, ชัยวัฒน์ อินไชยา และอรอุมา แก้วเกิด. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 17(3), 179-191.
- นวพร วุฒิธรรม, รัตนา ช้อนทอง และชุตินา สมประดิษฐ์. (2563). ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 309-319.
- พรธิรา บุญฉวี และปชาณัฐ นันทไทยวิกุล. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสุขภาพ. *วารสารพยาบาล*, 73(2), 51-60.
- วงเดือน วงศ์อนันต์. (2567). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลดงแคนใหญ่ อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี*, 5(2), 1-17.

- สมศรี ภูแพง. (2567). รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 9(4), 526-532.
- สาธิต คุระทอง. (2559). เวชศาสตร์เขตเมือง. *วารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 60(1), 1-4.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). Prentice Hall.
- Carey, R. M., & Whelton, P. K.. (2018). Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: Synopsis of the 2017 American college of cardiology/American heart association hypertension guideline. *Annals of Internal Medicine*, 168(5), 351-358. <https://doi.org/10.7326/m17-3203> %m 29357392.
- European Renal Association. (2023). ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of hypertension*, 41(12), 1874–2071. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480>.
- Hardy, S. T., Jaeger, B. C., Foti, K., Ghazi, L., Wozniak, G., & Muntner, P. (2025). Trends in blood pressure control among US adults with hypertension, 2013–2014 to 2021–2023. *American Journal of Hypertension*, 38(2), 120-128. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpae141>.
- Kario, K., Okura, A., Hoshida, S., & Mogi, M. (2024). The WHO Global report 2023 on hypertension warning the emerging hypertension burden in globe and its treatment strategy. *Hypertension Research*, 47(5), 1099-1102. <https://doi.org/10.1038/s41440-024-01622-w>.
- Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., Muiesan, M. L., et al. (2024). 2024 European society of hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension. *European Journal of Internal Medicine*, 126(1), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2024.05.033>.
- Polit, F. D., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Sermisinsiri, K., & Sriklo, M. (2025). Improving health behaviors and blood pressure control through self-efficacy health promotion program among adults with uncontrolled hypertension: A quasi-experimental study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 29(2), 412-425. <https://doi.org/10.60099/prijnr.2025.272545>.
- World health organization. (2024). *Hypertension: Key Facts*. World health organization. Retrieved January 11, 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในเขตเมือง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล Effects of a Self-Efficacy Promotion Program on Stroke Prevention Behaviors in Urban Hypertensive Patients with Uncontrolled Blood Pressure at Vajira Hospital

วิริยา คำฤชา¹, รัตนาภรณ์ ทุมคำ¹, กัมพล อินทรทะกุล^{2*}, เสาวนีย์ สุขทองกลาง¹, ชนิภรณ์ สีสประเสริฐวงศ์³
Viriya Comluecha¹, Ratanaporn Thumkam¹, Kampon Introntakun^{2*}, Saowanee Sukthonglang¹,
Chaniporn Leelaprasertwong³

¹ห้องตรวจอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

²หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

³ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

¹Internal Medicine Outpatient Clinic, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University

²Mahavajiravudh Ward 6A, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University

³Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University

(Received: September 16, 2025; Revised: November 17, 2025; Accepted: December 23, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ในเขตเมือง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของแบนดูรา และสมุดคู่มือสุขภาพ 2) เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยโปรแกรมฯ สมุดคู่มือสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมฯ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .92, 1.00 และ .86 ตามลำดับ แบบประเมินพฤติกรรมฯ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired T-test และสถิติ Independent T-test ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ทั้งในเขตเมืองและพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง ควบคุมไม่ได้ เขตเมือง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Kampon.int@gmail.com)

Abstract

This two-group pre-posttest quasi-experimental study aimed to examine the effects of a self-efficacy enhancement program on stroke prevention behaviors among patients with uncontrolled hypertension living in an urban area at Vajira Hospital. The sample consisted of 60 participants who were purposively selected and assigned to the experimental and control groups, with 30 participants in each group. The research instruments consisted of: 1) the experimental instruments, including the self-efficacy enhancement program developed based on Bandura's concept and a health education handbook; and 2) the data collection instruments, including a personal information questionnaire and a stroke prevention behavior assessment form. Three experts evaluated the content validity of the program, the health education handbook, and the behavior assessment form, yielding content validity indices of .92, 1.00, and .86, respectively. The behavior assessment form demonstrated a reliability coefficient of .85. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test. The results revealed that

1. After the intervention, the experimental group had a significantly higher mean score in stroke prevention behavior than pre-intervention scores ($p\text{-value} < .05$).
2. After the intervention, the experimental group also had a significantly higher mean score in stroke prevention behaviors than the control group ($p\text{-value} < .05$).

These findings can serve as a foundation for developing clinical practices and health promotion strategies for stroke prevention. Healthcare teams may consider applying the self-efficacy enhancement program for patients with uncontrolled hypertension in urban settings or in other communities with similar characteristics.

Keywords: Self-efficacy Promotion Program, Stroke Prevention Behavior, Uncontrolled Hypertension, Urban Area

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยมากกว่า 1 พันล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ 54 ที่ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 42 ได้รับการรักษา และเพียงร้อยละ 21 ที่ควบคุมโรคได้สำเร็จ (World Health Organization, 2024) โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกตะวันตก ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 14 ระหว่างปี ค.ศ. 1990 – 2022 (Kario, Okura, Hoshida, Mogi, 2024) ในสหรัฐอเมริกา ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพระดับชาติพบว่า อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงคงที่ร้อยละ 32 ของผู้ใหญ่ แต่สัดส่วนการควบคุมโรคลดลงจากร้อยละ 54.11 (ค.ศ. 2013 – 2014) เหลือร้อยละ 48.33 (ค.ศ. 2017 – 2020) และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 51.11 ในปี ค.ศ. 2021 – 2023 (Hardy, Jaeger, Foti, Ghazi, Wozniak, Muntner, 2025) สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยกว่า 10.5 ล้านคน หรือคิดเป็นความชุกเฉลี่ยร้อยละ 24.77 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป และมากกว่าร้อยละ 50 ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่การควบคุมโรคยังเป็นอุปสรรคใหญ่ ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ ส่งผลให้เสี่ยงโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) แนวโน้มทั้งระดับโลกและไทยจึงสะท้อนถึงความเร่งด่วนในการป้องกัน คัดกรอง และจัดการปัจจัยเสี่ยง ทั้งพฤติกรรมการบริโภคเกลือสูง การไม่ออกกำลังกาย และความเครียดจากสิ่งแวดล้อมของบริบทเมือง (Kurathong, 2017)

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องอาศัยพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การลดการบริโภคโซเดียม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตรวจวัด

ความดันโลหิตเป็นประจำ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (European Renal Association, 2023; Kreutz, Brunström, Burnier, Grassi, Januszewicz, Muiesan, et al., 2024) พฤติกรรมดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งความรู้ ความตระหนักถึงความเสี่ยง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โรคร่วม เช่น เบาหวานหรือไตเรื้อรัง รวมถึงปัจจัยภายนอก เช่น ความเครียดและพฤติกรรมบริโภคเกลือสูง ซึ่งอาจทำให้ควบคุมความดันได้ยาก ส่งผลให้เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น (Robert & Whelton, 2018) โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าการเพิ่มค่าความดันซิสโตลิกเพียง 20 มม.ปรอท สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงสองเท่า (World Health Organization, 2024) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การติดตามผ่านสื่อดิจิทัล และโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (พริธรา บุญฉวี และปชาณัฐ นันทไทยวิกุล, 2567; วงเดือน วงศ์อนันต์, 2567) ซึ่งช่วยเสริมแรงใจ เพิ่มความเชื่อมั่น และสนับสนุนการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจึงเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมความดันโลหิตและลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านโภชนาการ การจำกัดโซเดียม การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น บุหรี่และแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ต้องอาศัยความรู้ ความเชื่อมั่น และแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติ (ชวนพิศ เจริญพงศ์ และจรีภรณ์ เจริญพงศ์, 2565; สมศรี ภูแพง, 2567) โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจึงเป็นแนวทางที่มีความสำคัญ เนื่องจากพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของแบนดูลา ซึ่งอธิบายว่าสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นปัจจัยหลักที่กำหนดความเชื่อ ความสามารถ และความตั้งใจของบุคคลในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยสี่แหล่งข้อมูล ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง การเห็นตัวแบบ การได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจ และการจัดการภาวะอารมณ์ โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษานี้จึงออกแบบกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการให้ความรู้และติดตามพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้นและลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ (พริธรา บุญฉวี และปชาณัฐ นันทไทยวิกุล, 2567)

แม้ว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจะมีความสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ที่ควบคุมความดันไม่ได้ (ชวนพิศ เจริญพงศ์ และจรีภรณ์ เจริญพงศ์, 2565; Sermsinsiri, Sriklo, 2025) แต่งานวิจัยที่มีอยู่ส่วนใหญ่ดำเนินการในผู้สูงอายุหรือประชากรในพื้นที่ชนบท (ชินกรณ แดนกาไสย, ศุภวรรณ ยอดโปร่ง, จันทร์จิรา อินจัน, ชัยวัฒน์ อินไชยา และอรอุมา แก้วเกิด, 2566; วงเดือน วงศ์อนันต์, 2567; นวพร วุฒิธรรม, รัตนา ชอนทอง และชุดิญา สมประดิษฐ์, 2563) ขณะที่การศึกษาในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันไม่ได้ในเขตเมืองยังมีจำนวนจำกัด นอกจากนี้ ยังไม่พบโปรแกรมที่ใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตนเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ในบริบทเขตเมือง ซึ่งชี้ให้เห็นช่องว่างขององค์ความรู้ที่ยังไม่ได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเขตเมือง เช่น โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งมีลักษณะด้านสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตแตกต่างจากพื้นที่ชนบท ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่มุ่งเน้นพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ในเขตเมือง เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปใช้ได้จริงในทางคลินิก

วัตถุประสงค์วิจัย

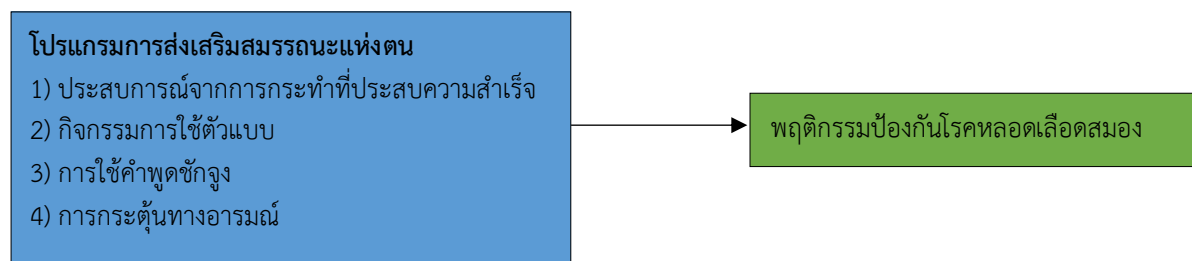
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

สมมติฐานวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ซึ่งเป็นแนวคิดหลักในทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1977) เป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบโปรแกรม โดยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจะช่วยให้บุคคลสามารถกระทำพฤติกรรมใด ๆ ได้สำเร็จ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเริ่มต้นความต่อเนื่อง และความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เมื่อต้องเผชิญกับความท้าทายในการควบคุมพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ที่นำมาใช้ในการศึกษานี้พัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบหลัก 4 ด้านของแบนดูรา คือ ประสบการณ์จากการกระทำที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นแบบอย่างจากบุคคลอื่น การสื่อสารโดยชักจูงใจ และสถานะทางอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ มีความเชื่อมั่นและแรงจูงใจภายในในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถสรุปกรอบแนวคิดดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups, Pretest-posttest Design) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเมษายน - กันยายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้โดยมีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg ซึ่งเข้ารับบริการที่ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) เพศชายและเพศหญิง มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ตามทะเบียนบ้านหรือพักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 3) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 - 180/99 มม.ปรอท ย้อนหลัง 3 เดือน และได้รับยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด 4) มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับพึ่งพาบางส่วนถึงพึ่งพาตนเองได้ โดยมีคะแนน Barthel ADL Index ตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป 5) ไม่มีประวัติสมองเสื่อมหรือมีคะแนน Mini Cog test มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนขึ้นไป 6) มีความสนใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย 7) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ได้ เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 2) ทำแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่ครบ 2 ครั้ง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง .50 อ้างอิงจากงานวิจัยของ Sermsinsiri, Sriklo (2025)

ได้ตัวอย่างวิจัย 48 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 25 เป็นขนาดตัวอย่าง 60 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 ราย และจากการศึกษาพบว่าไม่มีการสูญหาย (Drop-out = 0)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Pair) เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การจับคู่ 2 ประการ ได้แก่ 1) เพศ ซึ่งผู้เข้าร่วมในแต่ละคู่ต้องเป็นเพศเดียวกัน และ 2) อายุ ซึ่งผู้เข้าร่วมในแต่ละคู่ต้องมีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เนื่องจากเพศและอายุเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Wongduan, 2024) ภายหลังการจับคู่ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without Replacement) เพื่อเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Polit & Beck, 2021)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีรายละเอียดในแต่ละส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในเขตเมือง พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ การเห็นแบบอย่าง การชักจูงด้วยคำพูด และการจัดการสภาวะอารมณ์ โปรแกรมดำเนินการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีการส่งสื่อความรู้ในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Book: E-Book) การให้คำแนะนำรายสัปดาห์ และการติดตามพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ลดเครียด เลิกบุหรี่ และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมจะได้รับ สมุดสุขภาพ สำหรับจดบันทึกค่าความดันโลหิตและพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละวัน เพื่อติดตามผลรายสัปดาห์

1.2 สมุดคู่มือสุขภาพชื่อ รู้ทัน ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยพลังแห่งตนเอง จัดทำในรูปแบบ E-Book และสื่อสิ่งพิมพ์แบบเล่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ภายในสมุดคู่มือประกอบด้วยเนื้อหาหลัก คือ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย แนวทางการดูแลตนเองตามหลัก 3อ 2ส 1ย (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และการรับประทานยา: 3อ 2ส 1ย) และแบบบันทึกค่าความดันโลหิตและกิจกรรมสุขภาพประจำวัน ให้ผู้ป่วยบันทึกด้วยตนเองผ่านสื่อสิ่งพิมพ์แบบเล่ม เพื่อใช้ในการติดตามผลและปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เป็นต้น

2.2 แบบประเมินระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีองค์ประกอบคือ 3อ 2ส 1 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จำนวน 30 ข้อ มีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด มีคะแนนรวมระหว่าง 30 - 150 คะแนน การแปลความค่าเฉลี่ยพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ระดับพฤติกรรมมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ระดับพฤติกรรมมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับพฤติกรรมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับพฤติกรรมน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ระดับพฤติกรรมน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน สมุดคู่มือสุขภาพ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .92, 1.00, 1.00 และ .86 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยง (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว โดยนำแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณจากสูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .85 สำหรับโปรแกรมฯ และสมุดคู่มือสุขภาพ นำไปศึกษานำร่อง (Pilot Study) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย พบว่า โปรแกรมฯ และสมุดคู่มือสุขภาพ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนทดลอง

1. สันทนากลุ่มและทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพเพื่อทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ และศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้ในการออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทเขตเมือง

2. พัฒนาโปรแกรม ออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิด Bandura ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นสื่อหลักในการให้ข้อมูลและติดตามพฤติกรรม

3. จัดทำเครื่องมือวิจัย พัฒนาแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสมุดคู่มือสุขภาพให้ความรู้ด้านสุขภาพ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

4. ขอรับรองจริยธรรม ขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ระยะทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนดำเนินกิจกรรมรวม 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม เปิดใจเรียนรู้ สู่การเปลี่ยนแปลง ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ผู้เข้าร่วมได้รับการประเมินสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Pre-test) พร้อมรับสื่อความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และแนวทางการดูแลตนเอง สำหรับการส่งเนื้อหาและกิจกรรมรายสัปดาห์ ทีมผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมได้ตกลงกำหนดวันและเวลาที่สะดวกตรงกันผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และมีการติดตามการตอบกลับอย่างต่อเนื่อง หากผู้เข้าร่วมไม่ส่งข้อมูลตามนัดหมาย ผู้วิจัยจะติดต่อเพื่อเตือน สอบถามสาเหตุ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม 2 เริ่มลงมือ ทำจริงเพื่อสุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที โดยผู้เข้าร่วมได้รับการกิจรายบุคคล เช่น ลดเค็มในอาหาร เติมน้ำวันละ 15 นาที ควบคู่กับสื่อสนับสนุนเพิ่มเติมผ่าน E-book และข้อความสั้น ส่งเสริมให้รายงานผลการปฏิบัติผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ประจำสัปดาห์ เพื่อสะท้อนความสำเร็จของตนเอง และได้รับข้อเสนอแนะแบบเฉพาะราย

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 ก้าวต่ออย่างมั่นใจ พร้อมการติดตาม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยดำเนินการติดตามความก้าวหน้าในพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ เช่น ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย การเข้ายาลดพฤติกรรมเสี่ยง โดยส่งข้อความเตือนผ่านไลน์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลตามพฤติกรรมและบริบทชีวิตของผู้เข้าร่วม

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 ตั้งเป้าหมายใหม่ สร้างแผนให้ชัด ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที โดยผู้เข้าร่วม ประเมินผลการปฏิบัติงานในช่วงที่ผ่านมา พร้อมทบทวนและปรับเป้าหมายรายบุคคล โดยนักวิจัยให้ข้อเสนอแนะ แนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง พร้อมส่งข้อความสร้างแรงจูงใจเพื่อคงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 5-7 กิจกรรมที่ 5 เดินต่อไป ไม่เฉื่อยตาย ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาทีต่อสัปดาห์ โดย ดำเนินการส่งข้อความสนับสนุน รายงานกรณีศึกษาของผู้ที่ประสบความสำเร็จ และแนะนำตัวแบบในรูปแบบ ที่หลากหลาย (ข้อความ ภาพ เรื่องเล่า) เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสอบถามปัญหาหรือแบ่งปันความสำเร็จในห้องสนทนา ส่วนตัว พร้อมทั้งกระตุ้นให้เกิดการนำแนวทางที่ได้รับไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมที่ 6 ทบทวนเส้นทาง สานต่อสุขภาพดี (ประมาณ 60 นาที) ผู้เข้าร่วมได้รับการประเมินซ้ำ ด้านสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันโรค พร้อมคำแนะนำสำหรับการดูแลสุขภาพระยะยาว และการวางแผน สุขภาพด้วยตนเอง

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลปกติ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองตามแนวทางมาตรฐานสำหรับโรคความดันโลหิตสูง เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และการทานยาอย่างสม่ำเสมอ จากนั้นผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง (Pre-test)

ระยะหลังทดลอง

เมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Post-test) โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกับช่วงก่อนเริ่มโปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบการ เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบ ความแตกต่างระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Chi- square Test และ Fisher's Exact Test

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ โดยตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่า p -value = .27 ซึ่งมากกว่า .05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Paired T-test

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-wilk Test พบค่า p -value = .37 ซึ่งมากกว่า .05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Independent T-test

จริยธรรมวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมิน ทรราชู เลขที่โครงการ 089/68 E ลงวันที่ 26 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภูมิหลัง	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.00*
ชาย	14	46.67	14	46.67	
หญิง	16	53.33	16	53.33	

ภูมิหลัง	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					1.00*
31 – 40	3	10.00	3	10.00	
41 – 50	3	10.00	3	10.00	
51 – 60	11	36.67	11	36.67	
มากกว่า 61	13	43.33	13	43.33	
สถานภาพ					.21*
โสด	5	16.67	2	6.67	
คู่	19	63.33	25	83.33	
หม้าย	6	20.00	3	10.00	
ระดับการศึกษา					.92**
ประถมศึกษา	15	50.00	13	43.33	
มัธยมศึกษา/ปวช.	5	16.67	5	16.67	
อนุปริญญา/ปวส.	5	16.67	4	13.33	
ปริญญาตรี	4	13.33	6	20.00	
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.33	2	6.67	
รายได้ (บาท)					.397**
น้อยกว่า 10,000	3	10.00	1	3.33	
10,001 – 20,000	7	23.33	6	20.00	
20,001 – 30,000	2	6.67	4	13.33	
30,001 – 40,000	2	6.67	6	20.00	
40,001 – 50,000	12	40.00	12	40.00	
มากกว่า 50,001	4	13.33	1	3.34	
อาชีพ					.31**
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	30.00	10	33.33	
รับจ้าง	10	33.33	13	43.33	
รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	26.67	6	20.00	
ค้าขาย	3	10.00	1	3.34	
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดัน (ปี)					.41*
น้อยกว่า 5	8	26.67	11	36.67	
มากกว่า 5	22	73.33	19	63.33	
โรคร่วม					.50*
มี	25	83.33	24	80.00	
ไม่มี	5	16.67	6	20.00	

*Chi-square, ** Fisher's Exact Test

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 53.33 อายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 36.67 และมากกว่า 61 ปี ร้อยละ 43.33 สถานภาพคู่สมรส ร้อยละ 83.33 ระดับการศึกษาคือประถมศึกษา ร้อยละ 43.33 ปริญญาตรี ร้อยละ 20.00 รายได้ อยู่ในช่วง 40,001 – 50,000 บาท ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.33 และป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 63.33 โดยมีโรคร่วม ร้อยละ 80.00

กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 อายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 36.67 และมากกว่า 61 ปี ร้อยละ 43.33 สถานภาพคู่สมรส ร้อยละ 63.33 ระดับการศึกษาคือประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 รายได้ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 40,001 – 50,000 บาท ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.33 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วย มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 73.33 โดยมีโรคร่วม ร้อยละ 83.33 ทั้งนี้พบว่าผลการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในเขตเมือง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม สมรรถนะแห่งตน

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Paired T-test

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		<i>t</i>	<i>p-value</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.69	.26	2.74	.27	.69	.50
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.66	.32	3.12	.23	16.43	<.001*

* $p\text{-value} < .05$

จากตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่า กลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง ($M = 2.69, SD = .26$) และหลังทดลอง ($M = 2.74, SD = .27$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .69, p\text{-value} = .50$) ขณะที่ในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง ($M = 2.66, SD = .32$) และหลังทดลอง ($M = 3.12, SD = .23$) พบว่ามีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 16.43, p\text{-value} < .001$)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในเขตเมือง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม สมรรถนะแห่งตน

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Independent T-test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนทดลอง						
พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.69	.26	2.66	.32	.47	.64
หลังทดลอง						
พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.74	.27	3.12	.23	5.97	<.001*

* $p\text{-value} < .05$

จากตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม ($M = 2.69, SD = .26$) และกลุ่มทดลอง ($M = 2.66, SD = .32$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .47, p\text{-value} = .64$) ส่วนหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยกลุ่มควบคุม ($M = 2.74, SD = .27$) และคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลอง ($M = 3.12, SD = .23$) พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.97, p\text{-value} < .001$)

การอภิปรายผล

1. หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) ซึ่งอธิบายว่า เมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์ที่ช่วยเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตน ความตั้งใจและความต่อเนื่องในการปรับพฤติกรรมสุขภาพจะเพิ่มขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีคูสมรส ร้อยละ 83.33 และอาศัยอยู่ในเขตเมือง กิจกรรมในโปรแกรม เช่น การกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพ การให้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องสอดคล้องกับชีวิตจริง และการติดตามให้กำลังใจรายสัปดาห์ ช่วยกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมพฤติกรรมได้จริง ซึ่งเป็นเส้นทางสำคัญในการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนตาม ทฤษฎี (Self-efficacy Pathway) โดยการมีคูสมรสยังทำหน้าที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งเสริมการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง เช่น การเตือนรับประทานยา การเลือกรับประทานอาหาร และการติดตามค่าสุขภาพรายวัน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชินกรณ แดนกาไสย, ศุภวรรณ ยอดโปร่ง, จันทร์จิรา อินจัน, ชัยวัฒน์ อินไชยา และอรอุมา แก้วเกิด (2566) เนื่องจากโปรแกรมที่ออกแบบเพื่อเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยส่งเสริมการตระหนักรู้บทบาทของตนเองและเพิ่มทักษะที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร วุฒิธรรม, รัตนา ช้อนทอง และชุตติยา สมประดิษฐ์ (2563) เนื่องจากสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งบ่งชี้ว่ากิจกรรมที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น

2. หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ได้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการปฏิบัติจริงและการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปกติ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมมีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งมีข้อจำกัดด้านเวลาและการเดินทาง การนำเสนอเนื้อหาผ่านสื่อดิจิทัลและการเรียนรู้แบบยืดหยุ่น จึงเอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมความรู้สึกรับผิดชอบในการควบคุมสุขภาพของตนเอง จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถปรับใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับ Sermsinsiri, Sriklo (2025) เนื่องจากการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการวางแผน ควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ และปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชวนพิศ เจริญพงศ์ และจรัญกรณ เจริญพงศ์ (2565) เนื่องจากการจัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลตนเอง ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ วงเดือน วงศ์อนันต์ (2567) เนื่องจากการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและลงมือปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องอาศัยความสามารถในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการเกี่ยวกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งมีลักษณะการดำเนินชีวิตเฉพาะ เช่น ความหนาแน่นของประชากร สภาพแวดล้อม และรูปแบบการใช้ชีวิตที่เร่งรีบ ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่แตกต่างจากบริบทอื่น ๆ ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนข้อมูลเฉพาะเจาะจงกับประชากรในเขตเมือง และอาจไม่สามารถอ้างอิงแทนประชากรในพื้นที่ชนบทหรือบริบทที่แตกต่างทางสังคมและเศรษฐกิจได้โดยตรง

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. บุคลากรสุขภาพสามารถนำกิจกรรมที่ช่วยเสริมความเชื่อมั่นของผู้ป่วยไปประยุกต์ใช้ เช่น กิจกรรมเปิดใจเรียนรู้และการสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเสี่ยงของตนเองและเกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น
2. สถานบริการสาธารณสุขสามารถใช้รูปแบบการสื่อสารและติดตามตามโปรแกรม เช่น การส่งข้อมูลสุขภาพและการบ้านประจำสัปดาห์ผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกับบริบทเมือง ช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่ององค์กรสามารถประยุกต์ใช้วิธีนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีข้อจำกัดด้านเวลา
3. หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถใช้ผลวิจัยนี้เป็นแนวทางพัฒนาโครงการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยสนับสนุนการใช้ การสื่อสารและติดตามด้วยสื่อดิจิทัลร่วมกับการกระตุ้นแรงจูงใจ ซึ่งเหมาะสมกับบริบทเมืองและประชากรกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมในพื้นที่นอกเขตเมืองหรือในชุมชนที่มีบริบททางเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างออกไป เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และเพิ่มความครอบคลุมในการอธิบายผลการวิจัย
2. ควรมีการติดตามผลระยะยาวหลังการทดลองหรือทำการวัดซ้ำ เพื่อประเมินว่าพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความต่อเนื่องและนำไปสู่ผลทางสุขภาพที่ชัดเจนหรือไม่ เช่น การควบคุมความดันโลหิตหรือลดความเสี่ยงของโรคในระยะเวลา
3. ควรพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบแอปพลิเคชัน (App-based Intervention Development) เพื่อเพิ่มความสะดวกในการใช้งาน การติดตามพฤติกรรม และการสื่อสารกับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้การส่งเสริมพฤติกรรมเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง

รายการอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2567 – 2570*. สำนักงานเลขานุการการขับเคลื่อนแผนโรคไม่ติดต่อชาติ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- ชวนพิศ เจริญพงศ์ และจรัญรัตน์ เจริญพงศ์. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(3), 71-81.
- ชินกรณ แดนกาไสย, ศุภวรรณ ยอดโปร่ง, จันทรีจิรา อินจัน, ชัยวัฒน์ อินไชยา และอรอุมา แก้วเกิด. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 17(3), 179-191.
- นพพร วุฒิธรรม, รัตนา ช้อนทอง และชุตินา สมประดิษฐ์. (2563). ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 309-319.
- พรธิรา บุญฉวี และปชาณภรณ์ นันทไทยวิกุล. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ. *วารสารพยาบาล*, 73(2), 51-60.
- วงเดือน วงศ์อนันต์. (2567). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลงแคนใหญ่ อำเภอดำเนินแก้ว จังหวัดยโสธร. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร*, 5(2), 1-17.

- สมศรี ภูแพง. (2567). รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 9(4), 526-532.
- สาธิต คุระทอง. (2559). เวชศาสตร์เขตเมือง. *วารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 60(1), 1-4.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). Prentice Hall.
- Carey, R. M., & Whelton, P. K. (2018). Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: Synopsis of the 2017 American college of cardiology/American heart association hypertension guideline. *Annals of Internal Medicine*, 168(5), 351-358. doi.org/10.7326/m17-3203 %m 29357392.
- European Renal Association. (2023). ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of hypertension*, 41(12), 1874–2071. doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480.
- Hardy, S. T., Jaeger, B. C., Foti, K., Ghazi, L., Wozniak, G., & Muntner, P. (2025). Trends in blood pressure control among US adults with hypertension, 2013–2014 to 2021–2023. *American Journal of Hypertension*, 38(2), 120-128. doi.org/10.1093/ajh/hpae141.
- Kario, K., Okura, A., Hoshida, S., & Mogi, M. (2024). The WHO Global report 2023 on hypertension warning the emerging hypertension burden in globe and its treatment strategy. *Hypertension Research*, 47(5), 1099-1102. doi.org/10.1038/s41440-024-01622-w.
- Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., Muiesan, M. L., et al. (2024). 2024 European society of hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension. *European Journal of Internal Medicine*, 126(1), 1-15. doi.org/10.1016/j.ejim.2024.05.033.
- Polit, F. D., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Sermisinsiri, K., & Sriklo, M. (2025). Improving health behaviors and blood pressure control through self-efficacy health promotion program among adults with uncontrolled hypertension: A quasi-experimental study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 29(2), 412-425. doi.org/10.60099/prijnr.2025.272545.
- World health organization. (2024). *Hypertension: Key Facts*. World health organization. Retrieved January 11, 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

กองบรรณาธิการ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ขอเชิญสมาชิก และ ผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการสอน การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง โดยลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14 หรือ 12 กรณีมีจำนวนหลายคอลัมน์) โดยพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง, ซ้าย - ขวา 2.54 cm. โดยรวมเนื้อหาและรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 17 (หนา) ไว้หน้าแรกตรงกลาง
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกอยู่ท้ายชื่อ และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกอยู่หน้า ให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลัก เพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย จำนวนคำไม่เกิน 400 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 400 คำ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบ ทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า

3 ซม. หัวข้อย่อถัดมาให้อยู่หน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.
 - 1.1
 - 1.1.1
 - 1)
 - 1.1)
 -

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีกัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาได้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
 - บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
 - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
 - บทนำ
 - วัตถุประสงค์วิจัย
 - สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี)
 - กรอบแนวคิดการวิจัย
 - ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
 - จริยธรรมวิจัย
 - ผลการวิจัย
 - อภิปรายผล
 - การนำผลการวิจัยไปใช้
 - ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
 - รายการอ้างอิง

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives

- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
 - Population and Sample
 - Research Instrument
 - Validity and Reliability of the Research Instrument
 - Data Collection
 - Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ
- Abstract
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- รายการอ้างอิง

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Content
- Conclusion
- Suggestion
- References

13. 13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition และเป็นไปตามรูปแบบที่วารสารกำหนด โดยสามารถศึกษาเพิ่มเติมจาก <https://dekgenius.com/> ดังนี้

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม - ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(กิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2567)

(กิตติพร เนาว์สุวรรณ, กันตพร ยอดไชย, 2567)

(กิตติพร เนาว์สุวรรณ, กันตพร ยอดไชย, ณัฏชา สังขิณโณ, 2567)

(กิตติพร เนาว์สุวรรณ, กันตพร ยอดไชย, ณัฏชา สังขิณโณ, บุญประจักษ์ จันทรวิน, วัลลค์วิจิตร, ไกรวุฒิ ศรีจันทร์ และคณะ, 2567)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม - ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“รูปแบบที่ช่วยส่งเสริมการทำวิจัยภายใต้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบาย 2) การเตรียมความพร้อม 3) การลงมือปฏิบัติ 4) การเผยแพร่ผลงาน 5) การเสริมแรงทางบวก และ 6) ความปรารถนาที่จะทำ” (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกชา สิงห์วีระธรรม, 2566)

สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ (2567) พบว่า

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” ดังตัวอย่าง

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกชา สิงห์วีระธรรม. (2566). องค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้

สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 15(1), 173-186.

นกชา สิงห์วีระธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เพ็ญภา ศรีหรั่ง, อรุณฯ ทองจันดี, วุฒิกุล ธนากาญจน์กักดี, อัจฉรา คำมะทิตย์. (2566). ความเต็มใจยอมรับและความเต็มใจที่จะจ่ายเงินเพื่อรับวัคซีนกระตุ้นซ้ำป้องกันโรคโควิด 19. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 17(1), 27-38.

กันตพร ยอดไชย. (2566). ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง : การพยาบาลและการจัดการอาการ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (11thed.). Wolters Kluwer.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). รมเยนมีเดีย จำกัด

Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. (2021). *Guidelines for Transferring missions of the Queen Sirikit Health Centers and Tumbon Health Promotion Hospitals to the Provincial Administrative Organization*. Bangkok: Thai Government House. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

รัตนา ชวนะสุนทรพจน์. (2561). ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury). ใน มณฑิรา มณีรัตน์นะพร, นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย, และ ศรีสกุล จิรกาญจนกร(บ.ก.). *อายุรศาสตร์ทันใจ* (น. 309-315). ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). วัคซีนโควิด 19 ของประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2564 จาก <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/>

Health Data Center. (2022). *Percentage of Thai Women Giving Birth Prematurely in Fiscal Year 2022*. Maternal and Child Health Standards Reporting Group. Retrieved March 13, 2024, from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>. (in Thai)

5. การอ้างอิงจากวารสาร

นภชา สิงห์วีระธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เพ็ญภา ศิริหิรัญ, อรุณฯ ทองจันดี, วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี, อัจฉรา คำมะทิตย์. (2566). ความเต็มใจยอมรับและความเต็มใจที่จะจ่ายเงินเพื่อรับวัคซีนกระตุ้นซ้ำป้องกันโรคโควิด 19. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 17(1), 27-38.

กรณีบทความวิจัยที่มีเลขรหัสบทความ (e) หรือเลข DOI ให้อ้างอิง ดังนี้

สุรรัตน์ ณ วิเชียร, ดวงใจ พรหมพยัคฆ์, จักรกริช กล้าผจญ, ทิตยา วัฒนสมบัติศิริ. (2568). ผลของการใช้แอปพลิเคชันแจ้งเตือนภัยต่อความปลอดภัยและสัญญาณชีพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 12(2), e274270.

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung Nursing Journal*, 9(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735

Yodchai, K., Khaorapapong, T., Karnjanadecha, M., & Songsriboonsit, B. (2023). Development of a notification delivery specimen system for perioperative Thai nurses via the LINE application. *Digital Health*, 9, 20552076231211242. <https://doi.org/10.1177/20552076231211242>

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators Development of Nursing Students's Identities in Nursing Colleges, Ministry of Public Health*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai)

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet> หรือ และแนบแบบฟอร์มตามที่วารสารฯ กำหนด

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ มีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่ จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อน จึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ และวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) ตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ บุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้พิจารณาบทความ 2 ใน 3 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน
6. วารสารฯ จะดำเนินการเก็บค่าตีพิมพ์หลังจากกองบรรณาธิการวารสารตอบรับการตีพิมพ์ (Accepted) ในระบบ ซึ่งจะมี e-mail แจ้งรายละเอียดชำระค่าตีพิมพ์
7. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ
 - 7.1 บทความภาษาไทย จำนวน 5,000 บาท
 - 7.2 บทความภาษาอังกฤษ จำนวน 6,000 บาท
8. อาจารย์ นักศึกษา ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ไม่ต้องชำระค่าตีพิมพ์

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น
Happiness Organization Development, Personnel

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพ 1 (หน้า)(ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1ชื่อตาราง.....

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

(อธิบายได้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ตาราง 2ชื่อตาราง.....

(หัวข้อ)สมรรถนะการพยาบาล	หัวข้อ	หัวข้อ
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

(อธิบายได้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

รายการอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) ไม่ต้องกันหลัง

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน References และบทความ (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกันหลัง เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ และนภชา สิงห์วีระธรรม. (2566). องค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้ สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 15(1), 173-186.

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung Nursing Journal*, 9(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735

Template บทความวิชาการ

2.54 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ font TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17
ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ^{1*}, ปฐมา มาศ โชติบัณ¹ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ เช่น Kittiporn Nawsuwan^{1*}, Pattamamas Chotibun¹ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น ¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ เช่น ¹Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ไม่ต้องใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น

→ การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น
Happiness Organization Development, Personnel

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

รายการอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ การอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกั้นหลัง เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ และนงนา สิงห์วีระธรรม. (2566). องค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้ สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 15(1), 173-186. Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung Nursing Journal*, 9(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735